Una mirada hacia los colectivos vulnerables: personas mayores y personas con discapacidad en la acción humanitaria

Guía de trabajo

"Nada sobre mí, sin mí"

Celia Agulló Pastor e Irene Arcas Mantas


Dirigido por Francisco Rey Marcos
IECAH



Celia Agulló Pastor e Irene Arcas

Edita: Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH)
Madrid, 2012

Diseño: Alce Comunicación
Impresión: Perfil Gráfico
Depósito Legal: M-33926-2012

Índice

Siglas y acrónimos

AAA	Apoyo a Asociaciones de Personas con Discapacidad
ACDI	Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional
ACM	Acción contra Minas Antipersonal
ACNUR	Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados
AEI	Artefactos Explosivos Improvisados
AH	Acción Humanitaria
AHS	Agua, Higiene y Saneamiento
AICMA	Acción Integral contra Minas Antipersonal
AIV	Asistencia Integral a Víctimas
AVC	Análisis de Capacidades y Vulnerabilidades
CAP	Consolidated Appeals Process (Proceso de Llamamientos Consolidados de la ONU)
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CERMI	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer
CIDMM	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
CIDPD	Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud
DH	Desminado Humanitario
DIH	Derecho Internacional Humanitario
DPI	Disabled People's International (Organización Mundial de Personas con Discapacidad)
EDF	European Disability Forum (Foro Europeo de las Personas con Discapacidad)
ERM	Educación en el Riesgo de Minas
FTS	Servicio de Seguimiento Financiero
HAI	HelpAge International
HI	Handicap International
ICRPD	International Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad)
IDA	International Disability Alliance (Alianza Internacional para la Discapacidad)
IDDC	International Disability and Development Consortium (Consorcio Internacional Discapacidad y Desarrollo)
IECAH	Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
MAP	Minas Antipersonal
MUSE	Municiones Sin Explotar
OACDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPD	Organización de Personas con Discapacidad
PAICMA	Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal (Colombia)
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RBC	Rehabilitación Basada en la Comunidad
REG	Restos de Explosivos de Guerra
RRD	Reducción del Riesgo de Desastres

Presentación

Esta Guía es uno de los resultados de un proyecto financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)[1] al Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH). Tiene la finalidad de contribuir a la difusión de los resultados del proyecto y a promover el conocimiento sobre el trabajo con los colectivos vulnerables.

Objetivos:

- Asegurar la calidad de los proyectos humanitarios mediante el uso de herramientas de calidad y el trabajo en común.
- Empoderar estos dos colectivos vulnerables: personas mayores y personas con discapacidad.
- Impulsar la mejora de la acción humanitaria mediante la difusión y la formación para hacer más eficaces las actuaciones en este ámbito.
- Dentro del proyecto se realizó también un seminario internacional sobre "Una mirada a los colectivos vulnerables: personas mayores y personas con discapacidad en la acción humanitaria" cuyas conclusiones y relatoría pueden consultarse en www.iecah.org.

[1] Está publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), con cargo al proyecto "Profundización y especialización en aspectos sectoriales de la acción humanitaria para la comunidad española e hispanohablante". El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva del IECAH y no refleja necesariamente la opinión de la AECID.

Introducción

Cada año, millones de personas sufren las consecuencias de los conflictos y los desastres, cuyo impacto es mayor en los colectivos vulnerables. Se calcula que más de 53 millones de personas son refugiadas o desplazadas internas, y que un 90% de las víctimas de los conflictos actuales son civiles.

Las personas mayores y las personas con discapacidad forman parte de los grupos más vulnerables y más marginados en todas las sociedades, sobre todo, en países en desarrollo y, en concreto, en situaciones de emergencia y crisis humanitaria. Aunque bien es cierto que el régimen internacional actual de derechos humanos está transformando la vida de millones de personas en todo el mundo, ambos colectivos no están percibiendo los mismos beneficios ni disfrutando de los mismos derechos y oportunidades que el resto.

Entre 2006 y 2050, el número de personas mayores de 60 años se triplicará, pasando de 650 millones (11% de la población mundial) a 2.000 millones de personas (22% de la población mundial). Asimismo, más de mil millones de personas viven en todo el mundo con algún tipo de discapacidad; de ellas, aproximadamente 200 millones sufren dificultades considerables en su funcionamiento, de forma que en un futuro la discapacidad y la edad elevada constituirán un motivo de preocupación todavía mayor, ya que su prevalencia está incrementándose.

En dicho escenario, en el que se combinan las inquietudes con la esperanza de un futuro mejor para dichos colectivos vulnerables, el Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH), con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), ha elaborado esta Guía práctica sobre el trabajo con dos colectivos vulnerables en situaciones de emergencia y crisis humanitarias: personas mayores y personas con discapacidad.

La finalidad del presente trabajo es proporcionar a los diversos actores de la cooperación unas pautas específicas de actuación para mejorar el conocimiento sobre la situación de las personas mayores y las personas con discapacidad de forma que se creen entornos favorables, se garantice una protección social adecuada, se fomenten los servicios de apoyo, inclusión, rehabilitación, capacitación y empoderamiento, y se creen políticas y programas inclusivos en beneficio de dichos colectivos y de la comunidad en general en el marco de la acción humanitaria (AH).

La Guía ha sido elaborada por dos investigadoras del área de Acción Humanitaria del IECAH, Celia Agulló Pastor e Irene Arcas Mantas, y han contado con el apoyo de ONG como Handicap International (HI), HelpAge International (HAI), organizaciones como el

CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad), IDA (Alianza Internacional para la Discapacidad), IDDC (Consorcio Internacional Discapacidad y Desarrollo), DPI (Organización Mundial de Personas con Discapacidad) y EDF (Foro Europeo de Personas con Discapacidad). Otras instituciones como la Casa Encendida nos cedieron sus instalaciones para el seminario internacional. El proyecto en su conjunto y la elaboración de la Guía han sido dirigidos por Francisco Rey Marcos, Codirector del IECAH. Les agradecemos expresamente haber podido aprovechar su experiencia y que nos permitan compartir sus aprendizajes.

La Guía pretende ofrecer un enfoque global al tratamiento de dichos colectivos vulnerables en situaciones de emergencia y crisis humanitaria, basándose en numerosos materiales de organismos humanitarios, nacionales e internacionales, de personas del mundo académico y de las ONG.

En esencia, la presente Guía pretende atraer a personas de diverso perfil e intereses. Aspira a interesar tanto a quienes se mueven en el ámbito de la AH, paz, seguridad o la cooperación al desarrollo, como a especialistas sobre envejecimiento y discapacidad, así como a quienes muestran una profunda sensibilidad por el conocimiento de estos colectivos y sobre la realidad que viven en situaciones de emergencia y crisis humanitaria.

El trabajo se estructura en 6 capítulos. En el primero se abordan los conceptos generales de la AH como simple recordatorio para personas que no estén familiarizadas con dicho ámbito, analizando, asimismo, dos de los conceptos clave que aparecerán a lo largo de la guía: "vulnerabilidad" y "capacidad". La segunda y tercera parte constituyen el eje central de la investigación; en ella se profundiza en cada uno de estos colectivos y, para ello, se parte de la situación y el contexto en el que viven para explicar cómo afectan los desastres tanto a las personas mayores como a las personas con discapacidad, cuáles son sus vulnerabilidades y capacidades y cómo podemos incluir a cada uno de estos colectivos en los sectores clave de la AH (mediante un sistema de *clusters* o grupos sectoriales). Por último, se analiza el marco conceptual y jurídico en el que se enmarca el trabajo con estos colectivos, en el que se especifican sus correspondientes acuerdos y estándares internacionales y se plasma la necesidad de incidir en el enfoque basado en derechos de ambos colectivos. El cuarto capítulo se centra en el papel de los donantes y la financiación humanitaria concedida a dichos grupos, mientras que el quinto aborda tres estudios de caso, cuyos autores son, en lo que respecta a personas mayores, HelpAge International y, en lo referente a personas con discapacidad, DPI (Disabled People's International) y Handicap International Colombia. Por último, la sexta sección se centra en las conclusiones y recomendaciones extraídas a partir de toda la información consultada durante el proceso de investigación.

La Guía, por tanto, ofrece ejemplos de métodos y actividades clave que ayudan a la comunidad humanitaria a reducir la vulnerabilidad asociada con el envejecimiento y la discapacidad y recoge formas de fortalecer las capacidades y contribuciones de ambos colectivos en situaciones de emergencia y crisis humanitaria.

En nombre del IECAH, solo nos resta mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas, ONG, organismos e instituciones participantes en el proyecto, pues sin ellos no podríamos haber realizado este estudio que esperamos provoque un impacto positivo en la sociedad y en el sector de cooperación.

Equipo del IECAH
Madrid, junio 2012

Capítulo 1.
Conceptos preliminares

1. Introducción a la acción humanitaria

Se entiende por acción humanitaria (AH) el conjunto de actividades de protección y asistencia, a favor de las víctimas de desastres, de los conflictos armados y de sus consecuencias directas, orientadas a prevenir y aliviar el sufrimiento, garantizar la subsistencia y proteger la dignidad y los derechos de las víctimas[2].

Con el paso del tiempo, este concepto de acción humanitaria se ha ido extendiendo hasta englobar los siguientes componentes: ***ayuda de emergencia, ayuda a refugiados y desplazados, ayuda en crisis largas y crónicas, protección (garantizando el libre acceso a las víctimas), testimonio (desde el advocacy hasta la denuncia), prevención y preparación ante desastres y la rehabilitación posdesastre.*** Así es recogido en las modernas definiciones del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE.

La acción humanitaria se rige, en términos generales, por los siguientes principios:

Humanidad	El derecho de todas las personas a recibir ayuda con el objetivo de prevenir y aliviar su sufrimiento.
Imparcialidad	Incluye las ideas de no discriminación y no condicionalidad por motivos de raza, género, creencia u otros y de prioridad en función de las necesidades.
Independencia	Como garantía de imparcialidad frente a presiones políticas, económicas o de otro tipo.
Universalidad	El deber de asistir a cualquier persona en cualquier país.
Neutralidad	También como garantía de imparcialidad, no tomando parte en los conflictos. De ello se deduce el respeto al espacio humanitario y a la libertad de acceso.
Aceptación	Las ideas de consentimiento por parte de los beneficiarios, de no imposición y de participación de estos en el proceso, y de respeto a su cultura.
Testimonio	El compromiso con las víctimas en la defensa de sus derechos a través de acciones no asistenciales.

[2] Manual de gestión del ciclo del proyecto en la acción humanitaria: introducción a la acción humanitaria, volumen 1. IECAH y Fundación "la Caixa", p.17

1.1. La acción humanitaria y los desastres

Una gran parte de trabajo humanitario se lleva a cabo en torno a los desastres y sus consecuencias y efectos. De un modo muy simple, se podría decir que los desastres son "situaciones que amenazan la vida de las personas, poniéndolas en riesgo de muerte o de severo deterioro de sus condiciones de dignidad, salud o de vida, y que pueden exceder las capacidades normales del individuo, la familia, la comunidad y los propios servicios públicos"[3].

Sin embargo, el concepto de desastre ha evolucionado a lo largo de la historia de un modo muy significativo. Desde tiempos ancestrales, los desastres eran explicados como fenómenos esencialmente **sobrenaturales** ante los que no se podía hacer nada por tratarse de una expresión de los caprichos o las condenas de los dioses. Con la llegada del Siglo de las Luces y el aumento de los conocimientos científicos, el concepto de desastre estuvo más relacionado con la **naturaleza**, y aunque se pensaba que el ser humano no podría evitar que sucedieran, sí podría tratar de prevenirlo o prepararse para sus efectos. Sin embargo, en los años 70 y 80 empieza a desarrollarse la idea de que los desastres están causados por **procesos sociales** de desigualdad y pobreza. Es decir, las causas que dejan a los seres humanos más indefensos ante los eventos naturales pueden estar relacionadas, entre otras, con cuestiones como las relaciones desiguales existentes entre las diversas economías del planeta o la falta de acceso a los recursos por parte de los grupos de población más pobres[4]. Por tanto, si los desastres afectaban de modo diferente según el tipo de población de que se tratara, parecía evidente que la respuesta que se diera ante un desastre debería estudiar e incorporar esta dimensión social.

En la actualidad, se podría decir que el término "desastre" se refiere a situaciones en las que se produce una combinación de tres factores:

- Ruptura del equilibrio de una sociedad a raíz de la cual la población se ve privada de los medios para mantenerse en vida con dignidad.
- Incapacidad de la población y el conjunto de la sociedad para hacerles frente.
- Necesidad, por tanto, de ayuda exterior.

[3] Ibídem, p. 29.
[4] Ibídem, p. 29.

1.2. Términos clave en situaciones de emergencia[5]

Amenaza/ peligro	Un fenómeno, sustancia, actividad humana o condición peligrosa que pueden ocasionar la muerte, lesiones u otros impactos a la salud, al igual que daños a la propiedad, la pérdida de medios de sustento y de servicios, trastornos sociales y económicos, o daños ambientales.
Desastre	Una seria interrupción en el funcionamiento de una comunidad o sociedad que ocasiona una gran cantidad de muertes al igual que pérdidas e impactos materiales, económicos y ambientales que exceden la capacidad de la comunidad o la sociedad afectada para hacer frente a la situación mediante el uso de sus propios recursos.
Mitigación	La disminución o la limitación de los impactos adversos de las amenazas y los desastres afines.
Preparación	El conocimiento y las capacidades que desarrollan los gobiernos, los profesionales, las organizaciones de respuesta y recuperación, las comunidades y las personas para prever, responder, y recuperarse de forma efectiva de los impactos de los eventos o las condiciones probables, inminentes o actuales que se relacionan con una amenaza.
Prevención	La evasión absoluta de los impactos adversos de las amenazas y de los desastres conexos.
Riesgo	La combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas.
Vulnerabilidad	Las características y las circunstancias de una comunidad, sistema o bien que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza.
Capacidad	La combinación de todas las fortalezas, los atributos y los recursos disponibles dentro de una comunidad, sociedad u organización que pueden utilizarse para la consecución de los objetivos acordados.
Resiliencia	La capacidad de un sistema, comunidad o sociedad expuestos a una amenaza para resistir, absorber, adaptarse y recuperarse de sus efectos de manera oportuna y eficaz, lo que incluye la preservación y la restauración de sus estructuras y funciones básicas.
Recuperación	La restauración y el mejoramiento, cuando sea necesario, de los planteles, instalaciones, medios de sustento y condiciones de vida de las comunidades afectadas por los desastres, lo que incluye esfuerzos para reducir los factores del riesgo de desastres.
Capacidad de afrontamiento	La habilidad de la población, las organizaciones y los sistemas, mediante el uso de los recursos y las destrezas disponibles, de enfrentar y gestionar condiciones adversas, situaciones de emergencia o desastres.
Reducción del riesgo de desastres	El concepto y la práctica de reducir el riesgo de desastres mediante esfuerzos sistemáticos dirigidos al análisis y a la gestión de los factores causales de los desastres, lo que incluye la reducción del grado de exposición a las amenazas, la disminución de la vulnerabilidad de la población y la propiedad, una gestión sensata de los suelos y del medio ambiente, y el mejoramiento de la preparación ante los eventos adversos.

[5] Todas las definiciones han sido extraídas de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, 2009.

2. Colectivos vulnerables en la acción humanitaria. ¿Solo vulnerables?

2.1. Introducción

En la actualidad, el escenario global caracterizado por situaciones de pobreza extrema, degradación ambiental, cambio climático e inequidad ha incrementado el riesgo frente a amenazas naturales como huracanes, sequías, incendios, terremotos, deslizamientos y lluvias torrenciales. Asimismo, el crecimiento urbano no planificado y acelerado ha originado un aumento de asentamientos en terrenos inundables o inestables y de muy alto riesgo donde los fenómenos naturales tienen efectos devastadores. Dichos factores socioeconómicos, junto con otros que analizaremos más adelante, provocan un aumento de la ***vulnerabilidad*** entre los miembros de las diferentes comunidades de forma que, en numerosas ocasiones, sus ***capacidades*** son menos evidentes.

No todos los habitantes de una población afectada por un desastre pueden disponer, de la misma manera, de sus recursos así como disfrutar de los mismos derechos y oportunidades. Por ello, las consecuencias del desastre serán distintas según determinadas variables como la edad, el origen étnico, el género y la afiliación política o religiosa.

No todos los habitantes de una población afectada por un desastre pueden disponer, de la misma manera, de sus recursos así como disfrutar de los mismos derechos y oportunidades.

Es evidente, por tanto, que hay elementos que inciden en la vulnerabilidad de algunos colectivos. Sin embargo, la experiencia refleja que considerar a dichos grupos como "colectivos vulnerables" puede conducir a respuestas poco eficaces o fragmentarias, que obvian la heterogeneidad de las vulnerabilidades, así como el hecho de que éstas se ven modificadas con el paso del tiempo, incluso durante una crisis concreta. Decir "colectivos vulnerables" no quiere decir solo "vulnerables" sino "portadores de capacidades".

2.2. La vulnerabilidad y sus elementos

Vulnerabilidad y capacidad

El objetivo humanitario en un desastre o conflicto armado es atender a las necesidades urgentes para la supervivencia de los individuos afectados así como garantizar su dignidad y el ejercicio de sus derechos. Todo desastre o conflicto armado constituye una combinación de amenaza y vulnerabilidad y lo más preocupante es que ambos aspectos están incrementándose (Ocharán, J., 2008a: 16). Si bien es cierto que las amenazas están creciendo, en especial, las referentes a eventos hidrometeorológicos, el aumento de la vulnerabilidad resulta más complicado de demostrar a causa de la complejidad de la conceptualización del término. El propio término es objeto de diferentes aproximaciones. Donde hay un con-

senso mayor es en lo referente a los componentes de la vulnerabilidad, establecidos por Scheneiderbauer y Ehrlich[6] (Ocharán, J., 2008b: 17):

- Envejecimiento de la población
- Índice de infección de VIH/SIDA
- Densidad de la población
- Crecimiento de la población urbana
- Nivel de corrupción
- Grado de violencia, conflictos o desplazamientos causados por éstos
- Grado de desertificación
- Grado de diversificación de las fuentes de ingreso
- Indicadores económicos generales, como la renta per cápita

Dichos indicadores hacen a un individuo o a una comunidad más vulnerable frente a una amenaza externa pero, ¿qué entendemos por *vulnerabilidad*? ¿Qué papel desempeña la *capacidad* en un contexto donde se quiera medir la vulnerabilidad?

La **vulnerabilidad** hace referencia a las personas especialmente sensibles a las consecuencias de los desastres –naturales o causados por el hombre- así como a los de los conflictos armados. Los individuos son o pasan a ser más vulnerables a los desastres como resultado de una suma de factores físicos, sociales, políticos y ambientales, tales como el aislamiento social, la construcción deficiente de las viviendas, la protección inapropiada de los bienes, la falta de información, sensibilización y concienciación pública, etc. Pueden ser excluidos, discriminados o marginados por la sociedad por motivos de etnia, género, edad, discapacidad, estatus social, afiliación política o religiosa. La suma de estos factores junto con un determinado contexto provoca una mayor vulnerabilidad en la sociedad.

Será primordial no homogeneizar las necesidades de dichos colectivos y respetar las especificidades de cada uno partiendo de un enfoque diferencial, así como contribuir a que las medidas impulsadas no conduzcan a la estigmatización de estos grupos vulnerables.

Con el fin de proteger a aquellas personas que se enfrentan a riesgos particulares, es probable que se requieran medidas específicas que tengan en cuenta la situación, características culturales y sociales así como los patrones de comportamiento de las comunidades, incluidas mujeres, niños y niñas, víctimas del desplazamiento forzado, personas mayores, personas con discapacidad y personas pertenecientes a minorías étnicas o religiosas. Asimismo, se tendrá en cuenta las vulnerabilidades y peligros futuros, con el objetivo de llevar a cabo una reconstrucción de las comunidades más seguras y promover la resiliencia. Eso sí, es primordial no homogeneizar las necesidades de dichos colectivos y respetar las especificidades de cada uno partiendo de un enfoque diferencial, así como contribuir a que las medidas impulsadas no conduzcan a la estigmatización de estos grupos vulnerables (tema que trataremos en el apartado 3).

[6] Scheneiderbauer, S. y Ehrlich, D. (2006). "Social levels and hazards (in)dependence in determining vulnerability", en K. Birkmann (ed.), Measuring Vulnerability to Natural Hazards, United Nation University Press, Nueva York, pp. 78 – 112.

No hay que olvidar que dichos colectivos, al igual que el resto de personas afectadas por un desastre, tienen diversas *capacidades* que les permitirán afrontar un desastre y, por lo tanto, recuperarse de sus nefastos efectos. Es en este punto donde entra en juego el papel de la *capacidad*, entendida como "la combinación de todas las fortalezas, los atributos y los recursos disponibles dentro de una comunidad, sociedad u organización que pueden utilizarse para la consecución de los objetivos acordados" (EIRD, 2009).

La **capacidad** puede incluir los medios físicos, las capacidades de afrontamiento de la sociedad, al igual que las destrezas, el conocimiento humano y los atributos colectivos tales como el liderazgo, las relaciones sociales y la gestión. Con el fin de lograr una mayor eficacia en la respuesta humanitaria que responda a las necesidades de todas las personas que más la necesitan, resulta de vital importancia entender bien las capacidades de las personas vulnerables así como los obstáculos a los que se enfrentan y que les impiden acceder a la asistencia humanitaria.

Definiciones de vulnerabilidad		
EIRD (2004)[7]	**BENSON & TWIGG[8]**	**EIRD (2009)[9]**
Condiciones determinadas por factores o procesos físicos, sociales, económicos y ambientales, que aumentan la susceptibilidad de una comunidad al impacto de amenazas.	Posibilidad de sufrir daños o pérdidas en relación con la capacidad de anticipar el peligro, afrontarlo, resistirlo o recuperarse de su impacto. Tanto la vulnerabilidad como su antítesis, la resiliencia, están determinadas por factores físicos, medioambientales, sociales, económicos, políticos, culturales e institucionales.	Las características y las circunstancias de una comunidad, sistema o bien que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza.

Definición de capacidad	**Definición de capacidad de afrontamiento**
EIRD (2009)	**EIRD (2009)**
La combinación de todas las fortalezas, los atributos y los recursos disponibles dentro de una comunidad, sociedad u organización que pueden utilizarse para la consecución de los objetivos acordados.	La habilidad de la población, las organizaciones y los sistemas, mediante el uso de los recursos y las destrezas disponibles, de enfrentar y gestionar condiciones adversas, situaciones de emergencia o desastres.

Fuente: Elaboración propia

Un recorrido por las nociones de *vulnerabilidad* y *capacidad*

El concepto de *vulnerabilidad* ha sufrido cambios y avances relevantes a lo largo de los últimos años, de forma que va evolucionando a medida que la noción de riesgo va co-

[7] Para más información, véase: EIRD (2004). "Vivir con el riesgo: Informe mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres". p.16.

[8] Información extraída del artículo titulado "Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Guidance Notes for Development Organisations", elaborado por Benson y Twigg.

[9] Para más información, véase: EIRD (2009). "Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres".

brando mayor importancia, en especial, porque se ha dejado atrás una visión tecnológica de la concepción de desastres para hacer especial énfasis en una visión antropocéntrica. La reconceptualización y la revalorización de los problemas de riesgo y desastre se convierten en resultados clave de dicha evolución, haciendo especial énfasis en la dimensión social de los desastres y en la estrecha relación que guarda el riesgo y los desastres con el enfoque económico-social. De este modo, ya no se hace tanto hincapié en la respuesta y es, por tanto, la mitigación la que cobra mayor protagonismo, con lo que la vulnerabilidad y la capacidad de afrontamiento han ido popularizándose y, por lo tanto, adquieren gran relevancia los factores económicos, sociales o culturales.

Debido a todo ello, la noción de vulnerabilidad ha experimentado una rápida expansión y divulgación en la forma de uso a partir de finales de los años ochenta.

En 1988, Gustavo Wilches-Chaux publica su célebre ensayo titulado *La Vulnerabilidad Global,* en el cual distingue diez clases o grados de vulnerabilidad económica, social, política e ideológica; educativa, cultural, organizacional e institucional; ambiental y física.

Un año más tarde, en 1989, Mary Anderson y Peter Woodrow publican el libro titulado *Rising from the ashes. Development strategies in times of crisis* en el cual se estudian en profundidad las capacidades humanas como antítesis de las vulnerabilidades. He aquí el surgimiento del Análisis de Vulnerabilidades y Capacidades (AVC), que constituye una metodología destinada a la identificación de las capacidades (recursos y fortalezas) y vulnerabilidades (debilidades) de todas las personas afectadas por un desastre o conflicto armado. Parte de tres factores primordiales: el individuo, la sociedad y el entorno. La finalidad no es otra que contribuir a la reducción de las vulnerabilidades y al fomento de las capacidades de las personas como sujetos activos de la sociedad con derechos y libertades fundamentales.

Tradicionalmente, el AVC ha realizado una división en tres áreas o categorías con el fin de analizar vulnerabilidades y capacidades (Anderson, M. B. y P. J. Woodrow, 1989):

1. **Físicas/materiales.** Alude a las características del clima, ambiente, tierra, alimentación, vivienda, niveles de salud, etc. Responde a la pregunta: ¿qué recursos productivos, conocimientos y riesgos existen?
2. **Sociales/organizativas.** Hace referencia a los sistemas informales y a las estructuras políticas formales a través de las cuales los individuos participan en la vida pública y toman decisiones. Responde a la pregunta: ¿cuáles son las relaciones y la organización entre las personas?
3. **De motivaciones/actitudes**. Trata la forma en la que las comunidades se ven a sí mismas y analizan sus propias capacidades. Responde a la pregunta: ¿cómo ve la comunidad su habilidad para crear el cambio?

2.3. La necesidad de un enfoque diferencial

La condición individual (género, origen, edad, grupo social, etc.) constituye un factor determinante a la hora de hacer un análisis de las vulnerabilidades y capacidades de los miembros de una comunidad. La vulnerabilidad, por su parte, consta de diferentes variables (individual, física, social, económica y medioambiental) y junto con la exposición (entendida como parte de la vulnerabilidad o con independencia a ella) constituyen fuerzas que deben ser reducidas. Si bien existen tantas combinaciones de la condición individual como habitantes tiene la sociedad, hay algunas personas que forman parte de determinados grupos dependiendo de sus condiciones y pueden ser consideradas más vulnerables que otras frente a amenazas externas.

El tratamiento de cada uno de estos colectivos requerirá un enfoque diferencial[10] que contribuya a la puesta en marcha de medidas más eficaces y efectivas en el marco de la protección y el goce pleno de los derechos humanos y libertades fundamentales, de la equidad y el reconocimiento de las diferencias entre los colectivos poblacionales. De este modo, es importante que vaya dirigido a la reducción de la discriminación y del estigma hacia determinados colectivos que han sido identificados y "catalogados" de forma errónea como "objetos pasivos y meros receptores de ayuda".

Con el fin de alcanzar dichos objetivos, resulta de vital importancia considerar una serie de principios básicos (ACNUR, 2005) por los que debe regirse dicho enfoque, con la finalidad de reconocer los derechos de los colectivos vulnerables y fomentar su empoderamiento y participación en la sociedad a través del incremento de sus capacidades.

En primer lugar, cabe destacar el principio de igualdad, mediante el cual se garantiza el goce efectivo de los derechos de las personas; el principio de diversidad, mediante el cual se respeta la diferencia y se garantiza el conjunto de derechos individuales y colectivos de los distintos grupos a través de numerosas acciones; el de participación por parte de cada individuo en la vida pública y toma de decisiones; el de sostenibilidad mediante la creación de soluciones perdurables en el tiempo; el de adaptabilidad a nuevos contextos y el criterio de integralidad, que engloba la visibilización de las necesidades y derechos diferenciales de los colectivos particulares (mujeres, niños y niñas, personas mayores, personas con discapacidad, etc.), entre otros.

Con todo esto, se precisa un entendimiento adecuado del contexto local y de la manera en la que una situación de crisis determinada afecta a los colectivos vulnerables. Dado que los desastres o conflictos armados pueden agravar las disparidades que ya existían, resulta esencial promover estrategias que permiten a los individuos hacer frente a una situación y reforzar su resiliencia. Asimismo, es necesario fomentar y respaldar sus competencias, conocimientos y estrategias, fortalecer su acceso a los servicios de apoyo social, financiero, jurídico y psicosocial, así como contribuir a sortear los diferentes obstáculos

[10] El enfoque diferencial subraya la necesidad de explorar las formas en que una situación similar afecta, de manera específica, a distintos colectivos de poblaciones; considerando que, dicha diferencia está construida e influenciada por los contextos sociales en los que uno crece, por las construcciones del lenguaje que se desarrollan en esos contextos y por las prácticas cotidianas en el mismo (Meertens, 2007).

físicos, económicos, culturales y sociales con los que puedan encontrar dificultades a la hora de acceder de forma equitativa a dichos servicios.

A continuación, cabe enumerar diversas medidas relevantes que se deben adoptar con el fin de garantizar que los derechos, las libertades y las capacidades de todos los colectivos vulnerables sean considerados.

- Aprovechar al máximo la implicación de todos los individuos, asegurando que todos los colectivos representativos son incluidos, sobre todos aquellos menos visibles.
- Desagregar los datos por género y por edad (0-80 años) durante el proceso de evaluación.
- Asegurarse de que todos los individuos son conscientes de que tienen derecho a la información sobre las ayudas y acceso equitativo a la información.

COLECTIVOS VULNERABLES	
Personas mayores	**VULNERABILIDADES**
	▪ Menor resistencia. ▪ Proceso de envejecimiento. ▪ Movilidad limitada. Debilidad física. ▪ Factores socioeconómicos, como aislamiento, soledad, menor educación formal, exclusión. ▪ Colapso de las estrategias de subsistencia y de las estructuras de apoyo familiar y comunitario.
	CAPACIDADES
	▪ Mayor experiencia gestionando los riesgos. ▪ Papel vital en la gestión de recursos y generación de ingresos. ▪ Conocimiento y experiencia en las estrategias comunitarias de afrontamiento. ▪ Contribución en la preservación de la identidad cultural y social. ▪ Generalmente mayor respeto por parte de la comunidad. ▪ Roles de liderazgo dentro de la comunidad. ▪ Papel vital en el cuidado de los niños, la gestión de los recursos y la generación de ingresos.
Personas con discapacidad	**VULNERABILIDADES**
	▪ Generalmente menor resistencia, menor movilidad y dependencia. ▪ Excluidas e ignoradas de los procesos de socorro y rehabilitación. ▪ Aislamiento social con más frecuencia. ▪ Posible carencia de conciencia y comprensión sobre desastres y sus consecuencias. ▪ Menor accesibilidad por cambios en el terreno derivados de un desastre y, por lo tanto, privadas en muchas ocasiones de servicios de rescate y evacuación, acceso a la ayuda, lugares seguros, acceso a agua y saneamiento y otros servicios. ▪ Sometidas a una mayor vulnerabilidad debido a una interpretación inadecuada de la situación y las dificultades de comunicación (como, ¿qué ha pasado?, ¿qué hago?, ¿dónde está mi familia?, etc.).
	CAPACIDADES
	▪ Tendencia a asociarse con grupos con discapacidad similar. ▪ Conocimiento de sus propias necesidades y de las necesidades de otras personas con discapacidad de forma que pueden resultar de gran ayuda en los planes de acción. ▪ Estrategias para afrontar los desastres. ▪ Una amplia gama de experiencia y conocimiento local. ▪ Cuidado y limpieza del hogar. ▪ Ayuda financiera a sus familias.

Niños y niñas	**VULNERABILIDADES**
	▪ Menor resistencia y menor movilidad. Dependencia de los adultos. Especialmente vulnerables a algunas enfermedades o factores de riesgo para la salud. ▪ Víctimas de la malnutrición, explotación, secuestro y reclutamiento por parte de colectivos armados y fuerzas combatientes, violencia sexual. ▪ Falta de experiencia, conocimiento formal y educación. ▪ No tienen oportunidad de participar en la toma de decisiones.
	CAPACIDADES
	▪ Capacidad de aprendizaje y mayor interés por elementos nuevos, como la reducción del riesgo de desastres.
Género	**VULNERABILIDADES**
	▪ Embarazo, lactancia, limitaciones prenatales y posnatales. ▪ Aislamiento social con más frecuencia. ▪ Mayor tasas de analfabetismo. ▪ Longevidad e incapacidades físicas de la vejez, problemas del aparato locomotor, enfermedades crónicas. ▪ Control limitado sobre la salud reproductiva y el tamaño de la familia. ▪ Menos ingresos, más dependencia económica de otras personas. ▪ Más responsabilidad hacia otras personas, especialmente hacia jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad. ▪ Víctimas de la violencia doméstica y sexual. ▪ Menor poder de decisión en el hogar y en instituciones políticas. ▪ Menor acceso al transporte.
	CAPACIDADES
	▪ Papeles familiares que las hacen ser importantes comunicadoras y educadoras sobre el riesgo. ▪ Administradoras de recursos ambientales para su uso sostenible en apoyo del hogar. ▪ Recursos y lazos de cuidado extendidos. ▪ Papeles de liderazgo en redes y organizaciones locales. ▪ Destrezas de supervivencia y enfrentamiento a casos de emergencia, incluyendo la preservación de alimentos. ▪ Experiencia y destrezas informales en el cuidado físico y de la salud. ▪ Especialización ocupacional en trabajos clave para la preparación y la recuperación en caso de desastre, como maestras, consejeras y proveedoras de cuidado de la salud. ▪ Conocimiento local de la comunidad, incluyendo condiciones de vida, ubicación y necesidades de los más necesitados de asistencia en casos de crisis. ▪ Lazos sociales e íntimos con otros. ▪ Conocimiento cultural, historiadoras orales.
Grupos marginados por etnia, origen, casta, etc.	**VULNERABILIDADES**
	▪ Posible limitación en movimiento, acceso a recursos o la toma de decisiones.
	CAPACIDADES
	▪ Tendencia a agruparse y asociarse en grupos similarmente marginados. ▪ Desarrollo de acciones de autoprotección y autoayuda. Generalmente, mejor conocimiento de su medio al tener limitado el acceso a otros medios.

Fuente: Elaboración propia a partir de Ocharán, J. (2008)

2.4. El Enfoque Basado en Derechos Humanos en el trabajo humanitario

La prestación de asistencia humanitaria se ha entendido clásicamente con el objetivo de satisfacer necesidades básicas dejando, en un segundo plano, la protección de las víctimas y la garantía de sus derechos. Es decir, se ha implantado el modelo de mero asistencialismo caritativo que se ocupa de la simple provisión de bienes y servicios e, incluso, básicamente de la satisfacción de necesidades ligadas con el mantenimiento biológico de la vida. Sin embargo, en las últimas décadas se ha abordado dicho concepto tradicional de asistencialismo, que muchas organizaciones promulgan, para tratar de superarlo y avanzar en el enfoque basado en derechos humanos.

Dicho enfoque ofrece el marco y las directrices pertinentes para las actividades de asistencia humanitaria y sienta las bases en principios universales (como la no discriminación y la dignidad humana, entre otros). De este modo, las personas afectadas por desastres se convierten en titulares de derechos y, como resultado, no se les puede catalogar como simples beneficiarios pasivos de la ayuda.

Desde los años 90 se ha generalizado el uso del concepto de acción humanitaria, debido a que el término "acción" pretende romper el enfoque asistencial en favor de un conjunto de actividades de diverso tipo relacionadas con las personas afectadas por conflictos o desastres de todo tipo. Asimismo, en años recientes, se ha avanzado en la concepción de la ayuda como derecho y en la obligación, no solo moral sino práctica, que tienen los que pueden prestarla para garantizar que las víctimas la reciben. Además y, en estrecha relación con el enfoque de derechos, se han desarrollado mecanismos para que las agencias lleven a cabo proceso de rendición de cuentas y se responsabilicen de sus propias actuaciones.

Siguiendo con este enfoque es preciso situar a las víctimas como sujetos de derecho a recibir asistencia humanitaria, relacionándolo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el que se reconocen como inviolables el derecho a la vida, la integridad física, el alimento, etc. Es decir, toda formulación del derecho de asistencia humanitaria debe partir del reconocimiento de estos derechos.

Dicho esto, las personas no pierden sus derechos humanos como resultado de un desastre natural, un conflicto armado o un desplazamiento. Si bien la forma en la que se brinda y suministra la asistencia humanitaria tiene consecuencias importantes en relación con el respeto o no de los derechos humanos de las víctimas afectadas, se debe poder garantizar, incluso en situaciones extremas, el cumplimiento de la totalidad de los derechos básicos a todos los ciudadanos, a pesar de que muchos de ellos presenten necesidades especiales (derivadas o no de un desastre). He aquí la importancia de la perspectiva de "protección", que puede brindar una dimensión estratégica a los programas y proyectos de asistencia humanitaria; esto es, la promoción y garantía del cumplimiento de los derechos humanos.

En el caso de que la asistencia humanitaria no se basara en un marco de derechos humanos, se correría el riesgo de que su enfoque presentara demasiados restricciones y que no

se pudieran abordar todas las necesidades esenciales de las víctimas. Las personas afectadas por los desastres naturales no viven en un vacío legal, sino que forman parte de países que en su momento han ratificado directrices regionales, nacionales e internacionales de derechos humanos, así como han promulgado reglamentos e instituciones dedicados a la protección de esos derechos. Por lo tanto, son los Estados los responsables de la protección, respeto y cumplimiento de los derechos humanos.

Esto es fundamental, una vez que la ayuda humanitaria por sí sola no responde a las necesidades que plantean las actuales emergencias en las que la violación sistemática de los derechos humanos de la población civil es un objetivo y no solo un efecto del conflicto.

Una de las mayores dificultades para incorporar el enfoque de derechos de un modo más comprometido en el trabajo humanitario tiene que ver con la complejidad de operativilizarlo y de establecer el mapa de derechos y el tipo de acción para conseguir su cumplimiento. Es cierto que plantea retos y no es aplicable mecánicamente. Supone un esfuerzo de creatividad, de adaptación a los diversos contextos y realidades. Pero es importante abordarlo para superar las limitaciones del asistencialismo basado en el enfoque de necesidades y, por tanto, avanzar en la igualdad de todos los seres humanos en derechos.

A nivel operativo, un enfoque basado en derechos humanos contribuye a:

- Reconocer a los titulares de los derechos y a los titulares de obligaciones.
- Garantizar que la acción humanitaria cumple con las normas de derechos humanos.
- Identificar las necesidades básicas y específicas de las víctimas.
- Determinar las limitaciones de aquellas personas afectadas con necesidades específicas.

Capítulo 2.
Personas mayores en situaciones de emergencia y crisis humanitaria

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que de los 580 millones de personas mayores[11] que existen en el mundo, 355 millones se concentran en países en desarrollo. Se estima que para el año 2020, se habrá alcanzado un total de 1.000 millones de personas mayores en todo el mundo, siendo la concentración en países en desarrollo de 710 millones. Según la OMS, China contará con 231 millones, India con 145 millones, Brasil con 30 millones, Indonesia con 29 millones, Pakistán con 18 millones, México con 15 millones y Bangladesh con 14 millones.

En resumen, para 2020 la proporción de las personas mayores será de un 23% en América del Norte, 17% en Asia Oriental, 12% en América Latina y 10% en Asia del Sur.

Los aspectos físicos del envejecimiento tienen implicaciones directas sobre la asistencia que las personas mayores necesitarán y su capacidad de acceso.

La discriminación se incrementa cuando, en situaciones de emergencia, dichos factores no se tienen en cuenta.

En términos generales, existen varios factores -la rápida industrialización, la migración urbano-rural, la alta migración de mano de obra entre países y dentro de los mismos o la inestabilidad económica- que causan cambios rápidos que terminan por desequilibrar los sistemas informales de apoyo basados en la red familiar y la comunidad local.

El proceso de envejecimiento es un cambio por el cual las capacidades físicas, mentales y nerviosas del cuerpo humano gradualmente se debilitan. Estos cambios físicos dejan al individuo con menor capacidad para poder realizar las actividades cotidianas.

En una emergencia, la supervivencia de estas personas suele verse especialmente amenazada, ya que depende de manera más directa de las capacidades personales.

[11] Se entiende por personas mayores aquellas cuya edad es igual o superior a 50 o 60 años, dependiendo del país, la zona y el contexto.

Amenazas para las personas mayores en un mundo que envejece

Cada año, millones de personas sufren las consecuencias de los conflictos y los desastres, cuyo impacto es mayor en los colectivos vulnerables. Se estima que más de 53 millones de personas son refugiados o desplazados internos, y que un 90% de las víctimas de los conflictos actuales son civiles.

Para las personas mayores, la pobreza y la exclusión continúan siendo las mayores amenazas y los desastres contribuyen a incrementar dicha precaria situación.

Apreciar los problemas propios de las personas mayores es necesario para comprender cómo en situaciones de emergencia dichas dificultades se agudizan, limitando el apoyo con el que puedan contar o destruyendo su capacidad de sobrevivir con sus propios medios y recursos.

Una comunidad humanitaria internacional comprometida debe adoptar actitudes, políticas y programas que siempre protejan y apoyen los derechos y las contribuciones de las personas mayores.

En términos generales, la idea de que las personas mayores son un grupo vulnerable o potencialmente vulnerable es aceptada pero, en la actualidad, las respuestas humanitarias no están bien orientadas para satisfacer sus necesidades o se ignoran sus capacidades y contribuciones dentro de sus comunidades tras un desastre.

En la mayoría de las intervenciones de ayuda humanitaria se suelen pasar por alto las necesidades específicas de este colectivo, utilizando sistemas que pueden llegar a ser incluso perjudiciales o llegar a reducir sus capacidades para sustentarse por sí mismos, convirtiéndolos así en sujetos pasivos de la ayuda.

2. Las personas mayores en situaciones de emergencia y crisis humanitaria

2.1. Cómo afectan los desastres a las personas mayores

Debido al desconocimiento que existe en el sector de cooperación sobre este colectivo, es necesario conocer algunas de las **falsas creencias** o suposiciones erróneas que se producen con excesiva frecuencia:

- **Tras un desastre, los integrantes de la familia y de la comunidad protegerán a sus miembros.** Inmediatamente después del tsunami del Océano Índico del 26 de diciembre de 2004, HelpAge India identificó más de 9.000 personas que habían sido dejadas atrás en la búsqueda apresurada de ayuda.
- **Durante la distribución de ayuda general se satisfacen las necesidades de las personas mayores.** En la respuesta a la crisis de Darfur, por ejemplo, las me-

dicinas distribuidas no cubrían las enfermedades crónicas asociadas a la tercera edad, y las ropas distribuidas no eran apropiadas para estas personas.

- **Se conocen las necesidades reales y las cargas de protección multidimensional que soportan las personas mayores.** En países donde además de darse un contexto de desplazamiento, conflicto o migración forzada existe una alta incidencia de VIH/SIDA -como es el caso de Darfur (Sudán)- las personas mayores han pasado a ser no solo responsables de sí mismos, sino también de sus hijos y nietos. Esta responsabilidad múltiple del colectivo de edad, que en Darfur ha llevado a que una de cada siete personas mayores haya perdido a su pareja y hasta una cuarta parte de ellos haya perdido a sus hijos, normalmente no ha sido apreciada por la actuación en ayuda humanitaria. Cerca del 29% de las personas mayores de esta región está a cargo de niños huérfanos.
- **Las personas mayores no requieren una atención especial en crisis.** Las personas mayores que pierden sus medios de vida, son separadas de sus familias o tienen niños a su cargo, sí requieren de una atención especial en momentos de crisis; fundamentalmente, como hemos apuntado anteriormente, debido a la pérdida de capacidades personales derivadas del envejecimiento.
- **Las personas mayores son receptores pasivos de la ayuda, económicamente inactivas y difíciles de capacitar.** La realidad es que las personas mayores, por el hecho de serlo, no cuentan con menores aptitudes psicológicas o de aprendizaje; pueden seguir contribuyendo al bienestar de su comunidad, participar de forma activa en la respuesta a la crisis y ser receptivas a las nuevas ideas.

2.2. Análisis de vulnerabilidades de las personas mayores

Debido, entre otros factores, a la falta y fallos de información, así como al desconocimiento del idioma, es común que las personas mayores no conozcan la identidad u objetivos de muchas agencias humanitarias y no comprendan los criterios de selección de beneficiarios, lo que crea una preocupación general sobre la falta de transparencia de los sistemas de distribución.

Según el ACNUR y HelpAge International, una gran parte de las personas mayores cree que las ONG no son conscientes de las necesidades especiales de las personas mayores, que no piensan que sean un colectivo prioritario o importante y, sobre todo, sienten que no son consultadas directamente ni, por tanto, tomadas en cuenta como actores de y para sus comunidades.

Las personas mayores habitualmente son excluidas no solo de las primeras ayudas, sino también de los distintos programas de apoyo para rehabilitación y restablecimiento de los medios de vida, generalmente solo disponibles para las personas más jóvenes.

La gran mayoría de las personas mayores defiende que si recibieran el apoyo adecuado, podrían contribuir de forma muy efectiva a la prevención y preparación de desastres, así como al proceso de reconstrucción y recuperación.

Aislamiento

Posiblemente, el aislamiento sea uno de los factores que más vulnerabilidad crea en las personas mayores, normalmente como consecuencia de la destrucción de sus familias, comunidades y medios de vida de los que dependía su sustento.

En el caso asociado con las primeras etapas de las emergencias, las personas mayores están físicamente menos capacitadas que el resto de los adultos para asegurarse la obtención de alimentos u otros recursos. Tienen una mayor dificultad para desplazarse largas distancias en busca de recursos, o soportar un mayor tiempo sin cobijo ni alimentación. Esta diferencia de capacidades en lo que refiere a la búsqueda de recursos o posibilidades de desplazamiento hace que las personas mayores queden aisladas y sean, por tanto, aún más vulnerables.

La capacidad que tiene la propia comunidad para atender a sus miembros más vulnerables se ve seriamente comprometida cuando escasean los alimentos, las medicinas, los recursos humanos y materiales.

Las personas mayores vulnerables se pueden clasificar en varias categorías:

Clasificación de personas mayores vulnerables en situaciones de emergencia
▪ Personas mayores aisladas, solas, débiles o con discapacidad.
▪ Parejas de personas mayores aisladas o parejas donde una de las dos sufre discapacidad.
▪ Personas mayores con jóvenes a su cargo.
▪ Personas mayores aisladas que viven con familias de las que no reciben el apoyo adecuado.

Generalmente las personas mayores son reconocidas como un grupo vulnerable pero, en la práctica, sus necesidades particulares no suelen cubrirse por las organizaciones encargadas de la provisión de la ayuda de emergencia. Los problemas crónicos de salud o movilidad, las deficiencias mentales o la reducción de sus ingresos no suelen considerarse como algo prioritario. Son precisamente éstos los problemas que dificultan a las personas mayores vivir de forma independiente.

Asegurar que las personas mayores tienen un acceso igualitario a los servicios ya establecidos es mucho más eficaz para disminuir la vulnerabilidad y reforzar su contribución que crear servicios especiales.

Asegurar que las personas mayores tengan un acceso igualitario a los servicios establecidos

será, a la larga, mucho más efectivo para disminuir la vulnerabilidad y reforzar su contribución que crear servicios especiales.

Un error frecuente que HelpAge International ha detectado en las intervenciones humanitarias a nivel internacional es la incapacidad de los actores para apreciar, utilizar y reforzar las capacidades y contribuciones de las personas mayores. Su sentido de la historia (puede ayudar a preservar la identidad cultural y social de la comunidad), su vasta experiencia (sistemas tradicionales de supervivencia o medicinas alternativas), su influencia en la toma de decisiones y el control sobre los activos económicos sitúan a este colectivo en una buena posición para asumir roles de liderazgo, reforzando la resolución de conflictos o problemas y promoviendo la justicia comunitaria, especialmente cuando las estructuras habituales de liderazgo se han debilitado. Es decir, su participación puede ser fundamental para el desarrollo de las estrategias comunitarias de respuesta antes, durante y después de la crisis.

Aspectos de género

El enfoque de género en emergencias es de gran importancia, dado que hombres y mujeres enfrentan las situaciones de crisis de muy distinta manera. El número de mujeres desplazadas internamente o refugiadas tiende a ser superior que el de hombres.

En situaciones de emergencia existen varios factores que pueden incidir negativamente en la capacidad de las mujeres mayores para vivir de forma independiente, dificultando así su acceso a los servicios básicos.

La vulnerabilidad asociada a cuestiones de género se agrava con la condición de persona mayor, debido, por ejemplo, a factores como la existencia –en algunas culturas- de códigos de herencia que establecen que una vez fallece el marido, la mujer sea desposeída de sus últimos recursos, dejándola en una posición aún más vulnerable y marginada, pasando a depender de otros miembros de la familia o de la caridad de los vecinos (y muchas veces teniendo que hacerse cargo del cuidado de los niños).

Estos factores inciden negativamente, sobre todo en situaciones de emergencia, en la capacidad de las mujeres mayores para vivir de forma independiente, dificultando así su acceso a los servicios básicos, y son aspectos que no hay que dejar pasar por alto.

A pesar de la mayor incidencia de mujeres refugiadas en situaciones de crisis, las cuestiones de género –así como la mayor vulnerabilidad que provoca la suma de las barreras de género a las propias de la edad- suelen ser, todavía en la actualidad, minusvaloradas o no tomadas en cuenta en el proceso de toma de decisiones y de reparto de recursos.

En determinadas circunstancias, puede suceder que las mujeres mayores queden excluidas de los albergues comunales si, por ejemplo, las letrinas son inadecuadas, las áreas de

dormitorios son mixtas o si no se tienen en cuenta sus códigos religiosos. Debido al mayor conservadurismo en lo que refiere fundamentalmente a religión y cultura, las mujeres mayores pueden ser más vulnerables que las más jóvenes[12].

Las mujeres mayores pueden contribuir de muchas maneras cuando sucede un desastre: generando ingresos, cuidando a los niños, los enfermos o los huérfanos dependientes, enseñando a los jóvenes -particularmente por su ejemplo de acción cooperativa- en el cultivo, la producción de alimentos y la construcción de refugio. Esta es una realidad que no hay que pasar por alto, y que tiene que ser tomada en cuenta para que las mujeres mayores puedan ser beneficiarias activas de la ayuda en momentos de crisis.

La necesidad de obtener datos desagregados

En situaciones de emergencia puede suceder que las personas mayores no sean tenidas en cuenta por la falta de datos desagregados por edad y sexo, ya que habitualmente vemos que los datos solo se desagregan por sexo y no se incluye información suficiente sobre la edad.

Es también común que en contextos de crisis ni las comunidades ni las autoridades dispongan de la información estadística suficiente sobre distribución demográfica por edad o del estado de salud de las poblaciones antes de la emergencia.

Los datos de prevalencia de VIH se recopilan, en la mayor parte de los casos, hasta la edad de 49 años, lo que hace que, de nuevo, no se cuente con suficientes datos relativos a la edad.

Todos estos factores contribuyen a que las personas mayores no sean tomadas en cuenta y queden excluidas de las posteriores intervenciones[13].

En el trabajo humanitario se necesita contar con información de calidad sobre quiénes se han visto afectados y cómo, ya que estos datos nos transmiten cómo se están desarrollando los desastres o los conflictos armados, quién ha sobrevivido, por qué y en qué condiciones, y quién ha fallecido. Ello nos ayuda a su vez a diseñar nuestro trabajo de una manera coherente con dicha realidad.

A continuación se incluye un ejemplo práctico sucedido tras el Tsunami de 2004[14], que ha sido publicado por el Feinstein International Center en el informe *Sex & Age Matter.*

[12] Por ejemplo, en el Tsunami de 2004 se demostró que los códigos de vestimenta que cubrían totalmente a las mujeres restringían su movilidad para escapar de las inundaciones.

[13] (IASC 2008). "Las intervenciones humanitarias y las personas mayores: orientación básica para actores humanitarios".

[14] Mazuran, D., Benelli, D., Gupta, H. y Walker, P. (2011). "Sex & Age Matter". Feinstein International Center.

El terremoto de 9 grados en la escala Richter que tuvo lugar el 26 de diciembre de 2004 en el Océano Índico causó 175.000 muertes, 50.000 desaparecidos y 1,7 millones personas desplazadas.

Se realizó un estudio[15] sobre las familias desplazadas por el Tsunami en la provincia de Aceh utilizando el método de datos desagregados por sexo y edad (SADD, por sus siglas en inglés). De este modo, se pudo obtener información importante sobre quién murió y quién sobrevivió:

Víctimas mortales:

- *2/3 de las personas que murieron fueron mujeres.*
- *Las principales víctimas fueron niños/as por debajo de 9 años y personas cuya edad superaba los 60 años.*

Personas desplazadas:

- *Existía una significativa proporción mayor de mujeres que estaban a cargo de sus hogares y estaban viviendo como personas desplazadas entre pueblos y ciudades, y no en los campos de desplazados. Este hecho se debía principalmente a que muchas mujeres eran viudas y percibían los campos como inseguros para ellas y los miembros de su familia que habían sobrevivido.*

Estos datos facilitaron que quedasen de manifiesto aspectos como la existencia de un número creciente de mujeres que estaban a cargo de sus hogares y de mujeres que quedaron viudas que tenían niños a su cargo; o la desproporcionada cifra de muertes de personas mayores y mujeres, lo que podía significar que los hombres adultos a cargo de niños se habían quedado sin los recursos necesarios para cuidar de sí mismos o de dichos niños; o que muchos niños se habían quedado sin sus madres y pasaban a depender de sus miembros de la familia de mayor edad.

Este análisis de la realidad post tsunami fue fundamental para el buen diseño de la actuación humanitaria.

Envejecimiento y salud[16]

La vejez puede ocasionar pérdidas en la capacidad motriz, afectar a los sentidos visual y auditivo, causar debilidad muscular o aumentar la vulnerabilidad al frío y al calor. Para una persona mayor, cualquier afección puede convertirse en un gran impedimento, al que no puede hacer frente. Este colectivo tiene una mayor dificultad para acudir a los puntos de servicio médico o de distribución de ayuda, para cargar con los suministros que les provean y cuenta con una menor capacidad para escapar o protegerse de determinados peligros.

[15] Rofi, A., Doocy, S., Robinson C., Hopkins, J. "Tsunami mortality and displacement in Aceh province, Indonesia".

[16] Este epígrafe, así como los de ***Apoyo social y psicológico, Protección y Medios de vida*** han sido extraídos y adaptados de (IASC 2008). "Las intervenciones humanitarias y las personas mayores: orientación básica para actores humanitarios".

Las enfermedades crónicas comunes de la edad avanzada (cardiopatía coronaria, hipertensión, diabetes o enfermedades respiratorias) pueden empeorar si no se realiza una buena evaluación o si no se dispone de los medicamentos adecuados. La falta de una fuente estable de energía eléctrica para mantener la cadena de frío o el funcionamiento de los equipos médicos –máquinas de respiración asistida y diálisis- pueden agravar rápidamente su condición. Asimismo, las personas mayores pueden sufrir deficiencias nutricionales si su ingesta de alimentos disminuye durante una emergencia o si su aporte nutritivo es insuficiente.

Básicamente, aspectos que en situaciones de conflicto o de emergencias dificultan la vida de las personas –fallos de electricidad, falta de agua, escasez de alimentos o medicinas- para las personas mayores suponen un agravio mucho mayor del que puede llegar incluso a depender su vida.

Tanto en el territorio de Kashmir administrado por Pakistán, como en la región de Lango en el norte de Uganda, las personas de edad son mayoría entre quienes permanecen en los campamentos de desplazados. Aunque el número de servicios que reciben en los campamentos ha disminuido, muchas personas mayores no pueden hacer frente a las dificultades que supone el retorno a sus hogares y permanecen en los campamentos para asegurar que los niños que han quedado bajo su cuidado reciban educación escolar, así como otros servicios esenciales.

Según algunos estudios realizados en Darfur en 2005, se demostró que el 61% de las personas mayores tenían una capacidad motora limitada. De este grupo, el 25% no podía moverse sin la ayuda de otra persona, el 20% tenía problemas de visión y el 7% no podía abandonar su casa a causa de una enfermedad.

Durante la respuesta al Tsumani de 2004, los centros sanitarios no contaban con medicamentos para enfermedades crónicas y su personal no estaba capacitado para diagnosticar y tratar enfermedades propias de las personas mayores.

Durante los violentos disturbios ocurridos en Kenia tras las elecciones de 2008, se demostró que las personas de edad avanzada no podían hacer colas durante largos periodos de tiempo para recibir alimentos en el campo de desplazados internos.

Apoyo social y psicológico

Es frecuente que las agencias humanitarias que trabajan en la respuesta a una crisis no hayan sido informadas sobre la existencia de personas mayores dentro de su área de trabajo, por lo que no solo sus necesidades no serán correctamente atendidas sino que, en ocasiones, puede que se queden sin recibir atención alguna.

Al depender básicamente del apoyo de sus familiares, cuando éstos mueren las personas mayores quedan completamente aisladas y sin ningún tipo de apoyo. En este contexto, la seguridad y el bienestar de estas personas mayores se verán seriamente descuidados.

Una de las consecuencias de este entorno de inseguridad y peligro del bienestar de las personas mayores en situaciones de crisis son los traumas psicológicos. No prestar la atención y el apoyo social adecuados puede tener graves consecuencias para este colectivo.

Protección

La marginación social y económica que sufren las personas mayores en situaciones de crisis humanitaria hace que este colectivo esté más expuesto a los peligros propios de contextos de conflicto o emergencias. Además, en muchas ocasiones tienen que enfrentarse a barreras lingüísticas, analfabetismo o aislamiento social, factores todos que pueden contribuir a limitar aún más su capacidad para comprender y responder, por ejemplo, a las notificaciones públicas que se pudieran hacer sobre los riesgos a los que se enfrentan o sobre los recursos disponibles.

Si nos centramos en una situación de desastre, imaginemos por ejemplo un desastre natural, veremos que aproximadamente un 80% de las personas mayores que viven en los países en desarrollo sufre las consecuencias de la pobreza y que sus viviendas suelen estar situadas en las zonas con mayor riesgo, o de más difícil acceso. Si echamos también un vistazo a las situaciones de conflicto armado, advertiremos que las personas mayores están más expuestas a los peligros que éstos entrañan –violencia, robos, ataques, violencia sexual, etc.–.

Es muy importante sensibilizar sobre el abuso físico, emocional, material y sexual al que pueden verse sometidas las personas mayores y proveerlas de protección, especialmente cuando no existen o han desaparecido las estructuras sociales de defensa y protección.

Tras el paso de los huracanes en Jamaica los años 2004 y 2005, en las áreas rurales de Jamaica, las viviendas más dañadas fueron aquellas más deterioradas y situadas en zonas con un mayor riesgo en las que vivían mujeres mayores viudas.

Medios de vida

En muchos países, las personas mayores se ven obligadas a seguir trabajando durante muchos años para poder tener un medio de vida. Sin embargo, por el hecho de ser personas mayores es muy común que, tras la respuesta a una crisis, se las excluya arbitrariamente de las actividades generadoras de ingresos o de los programas de trabajo por alimentos o de microcréditos.

No solo eso; también es frecuente que cuando se diseñan programas o proyectos orientados a la recuperación de los medios de vida no se cuente con este colectivo en su planificación porque, o bien se da por hecho que no tendrán las capacidades necesarias, o su diseño no contempla sus particularidades físicas.

Si analizamos, por ejemplo, la tenencia de tierras, tras un conflicto podemos ver que éstas quedan arrasadas o son ocupadas por otros. La posición que ocuparían aquí las mujeres, en particular, es peor, ya que con frecuencia se encuentran entre las más marginadas en las culturas donde, además, las prácticas de sucesión las despojan de bienes materiales a la muerte de su esposo. Por tanto, las mujeres mayores en el sector económico informal tienen escasas capacidades para ganarse la vida y ninguna prestación económica.

Los programas actuales de alimentos o dinero por trabajo que se han ejecutado en Pakistán y en el norte de Uganda exigen un trabajo físicamente muy duro que las personas mayores no pueden realizar.

Una encuesta realizada entre personas mayores en el Líbano afectadas por el conflicto de 2006 señaló que el 68% sufría depresión o presentaban signos de posible depresión.

Refugio y vestimenta

En situaciones de desastre, una consecuencia común de ellos es la pérdida de los hogares. Las personas mayores muchas veces no son realojadas en casas de familiares y se ven obligadas a encontrar refugio por sí mismas. Si tratan de unirse a grupos ya formados, pero integrados por miembros de diversas edades, corren el riesgo de ser rechazados por los miembros de dicho grupo por el hecho de ser personas mayores, aumentando así el factor de exclusión.

Si en la planificación y diseño de la respuesta por parte de las agencias no se tiene en cuenta a las personas mayores se puede contribuir al incremento de su sufrimiento, debilitamiento y exclusión.

Si en la planificación y diseño de la respuesta por parte de las agencias no se tiene en cuenta a las personas mayores, podemos estar contribuyendo al incremento de su sufrimiento, debilitamiento y exclusión.

Igualmente, si las condiciones de refugio no son las más adecuadas éstas pueden incidir negativamente en la salud. Las superficies duras, húmedas o frías, por ejemplo, pueden llegar a provocar problemas graves de circulación o enquistar los problemas crónicos sufridos por las personas mayores.

Del mismo modo, no realizar una separación efectiva por género tanto en los refugios como en las letrinas puede incrementar la exclusión y marginalización de las mujeres.

Existen soluciones fáciles y accesibles (como, por ejemplo, poner paja o pastos dentro de los sacos o entregar más ropa de abrigo) que pueden contribuir muy favorablemente a aumentar las capacidades de las personas mayores e incluso su supervivencia.

La aceptación cultural de la ropa suministrada en una emergencia puede suponer un problema para las personas mayores, ya que pueden no considerarlas adecuadas y ser por ello reticentes a cambiar su vestimenta tradicional (ej. saris, kangas…) por las entregadas en la respuesta ante la emergencia.

Movilidad

Como se ha visto con anterioridad, la movilidad es uno de los problemas más característicos de las personas mayores, que se ve acentuado y agravado en situaciones de crisis.

La movilidad reducida y la incapacidad para salir de sus casas a tiempo pueden hacer que las personas mayores se queden atrás o no sean capaces de obtener un acceso igualitario a los servicios básicos. Si no existe la posibilidad de utilizar un servicio regular de transporte, las personas mayores no podrán huir, ya que no tienen la capacidad de acceder con facilidad a camiones o cualquier otro transporte alternativo e improvisado, o simplemente no son capaces de trasladarse caminando, y quedarán atrapadas en el centro del desastre. Además, las pocas posibilidades de lograr una huida exitosa se verán reducidas ya que en el caso de una emergencia, las personas mayores habrán perdido sus soportes de movilidad, prótesis o gafas, por ejemplo.

La movilidad reducida y la incapacidad para salir de sus casas a tiempo pueden hacer que las personas mayores se queden atrás o no sean capaces de obtener un acceso igualitario a los servicios básicos.

Es importante que durante el diseño de la respuesta se contemplen visitas a los hogares de las personas mayores para poder realizar un seguimiento y una evaluación del suministro de servicios al que están teniendo acceso.

Del mismo modo, la ubicación de los puntos de suministro de servicios debe ser lo más accesible posible, teniendo en cuenta la inclinación y el tipo de terreno, el impacto del clima y la densidad de población. Crear colas de "acceso rápido o preferente" puede facilitar el acceso de las personas más vulnerables.

Nutrición

Cuando no se ha tenido en cuenta la existencia de las personas mayores y se desconocen sus características específicas, se pueden cometer errores importantes en la provisión de alimentos y combustible para cocinar.

Es necesario proveer alimentos a las personas mayores que sean fáciles de ingerir y digerir, ya que

Cuando no se ha tenido en cuenta la existencia de las personas mayores y se desconocen sus características específicas, se pueden cometer errores importantes en la provisión de alimentos y combustible para cocinar.

es muy probable que no conserven todos sus dientes. Y, para los casos de desnutrición aguda, existen alimentos suplementarios que se pueden utilizar.

Igual que sucedía con la vestimenta, los alimentos y materiales de cocina que se entreguen también deben ser cultural y socialmente aceptados en la comunidad.

Otro aspecto importante es la manejabilidad de los enseres o materiales de cocina. Por ejemplo, unas ollas o cubos excesivamente pesados y grandes no podrían ser utilizados por las personas mayores.

Por otro lado, no hay que olvidar la importancia de la obtención del combustible. Las personas mayores pueden tener más dificultades para conseguir combustible y agua para cocinar. Esto es vital, ya que puede afectar de forma directa a la capacidad de alimentarse de manera autónoma tanto a ellos como a sus familiares.

2.3. Capacidades y contribuciones de las personas mayores[17]

Reconocer, fomentar y apoyar las capacidades y la contribución de las personas mayores en la respuesta a una emergencia es vital para luchar contra la creencia generalizada de que son solo un colectivo vulnerable, dependiente y receptor pasivo de la ayuda.

Como resultado de una situación de crisis, las personas mayores ven incrementada su responsabilidad asociada al sustento de sus familiares, movilizando recursos y asumiendo el cuidado de los niños, huérfanos y otros familiares dependientes. La experiencia previa, las estrategias de afrontamiento, las habilidades y el conocimiento tradicional y comunitario son factores clave para mitigar el impacto de las emergencias. Por tanto, las responsabilidades de las personas mayores, así como su base de conocimiento, deben ser reconocidas e integradas desde el principio en el diseño de las respuestas por parte de las agencias.

Las responsabilidades de las personas mayores, así como su base de conocimiento, deben ser reconocidas e integradas desde el principio en el diseño de las respuestas por parte de las agencias.

Uno de los objetivos fundamentales de los proyectos debe ser el de fortalecer la contribución de las personas mayores durante y después de la emergencia, a través de programas comunitarios en los sean participantes y actores clave para el suministro de la ayuda y rehabilitación.

Construir sobre esta contribución supondrá beneficios tanto para las personas mayores como para las agencias proveedoras de ayuda. Las personas mayores recibirán apoyo tanto en sus necesidades como en su contribución en tanto en cuanto las agencias humanitarias sean capaces de movilizar y desarrollar las habilidades, conocimientos, experiencia y autoridad necesaria en el logro de los objetivos establecidos.

[17] Fragmento basado en UNHCR y HelpAge International "Reconocer y apoyar la contribución de las personas mayores" en *Personas mayores en desastres y crisis humanitarias.*

Colaboración

Es fundamental tener en cuenta el conocimiento social, la experiencia y la credibilidad de las personas mayores en la comunidad. En la distribución de materiales de socorro este colectivo puede desempeñar un papel importante: se puede movilizar a las personas mayores para visitas directas a los hogares y análisis de vulnerabilidad, pueden llevar alimentos a otras personas mayores que tienen menos movilidad, pueden coordinar y administrar refugios y almacenes…

Todas estas actividades se deben asumir sobre la base de la movilización comunitaria y el empoderamiento, sin que éstas sean tareas exclusivas de las agencias humanitarias. Asimismo, se debe involucrar a las personas mayores en el desarrollo de programas psicosociales que incrementen las estrategias de afrontamiento culturalmente apropiadas.

Por último, no hay que olvidar que las personas mayores pueden ser un medio muy importante para la educación, comunicación y liderazgo en sus familias y en la comunidad.

Reconstrucción y apoyo ante el cambio

Tras una emergencia, las personas mayores descubren que se enfrentan a una situación cercana a la exclusión: incremento en los precios de las materias primas, pérdida de sus medios de vida, pérdida del trabajo, falta de ayudas, ruptura de los mercados o acceso limitado a los programas de crédito.

Por tanto, la restauración de los ingresos y los medios de vida tienen un papel crítico en la recuperación y el sustento autónomo de las personas mayores, así como su contribución a sus familias y otras redes de apoyo, especialmente cuando no existen otros mecanismos de apoyo económico.

Con esta ruptura del equilibrio entre su situación pasada y la nueva situación a la que se enfrentan tras la crisis, las personas mayores se ven obligadas a adaptarse al cambio. Necesitan entonces ser apoyadas para capacitarse en alfabetización y matemáticas, comunicación, así como en nuevas habilidades de generación de ingresos. La experiencia demuestra que las personas mayores, una vez formadas, han impartido clases de alfabetización en programas de refugiados y reasentamiento de forma exitosa.

Todos aquellos que se han visto obligados a desplazarse o han perdido sus tierras, necesitarán ayuda práctica y legal (repatriación, derechos, herencias…). La falta o pérdida de documentación personal también es un problema si no se comprende la naturaleza y la necesidad de tener dicha documentación ya que las personas mayores podrán verse excluidas en aquellos sistemas donde esto sea un requisito.

Ingresos y medios de vida

Del mismo modo que las personas mayores debían ser incluidas de forma activa y participativa en la provisión de alimentos, deben serlo también en los proyectos de rehabilitación, con el suministro, por ejemplo, de herramientas, semillas y otros utensilios clave para la generación de ingresos y el desarrollo de medios de vida.

Apoyar a las personas mayores en el desarrollo de sus propios proyectos de generación de ingresos y medios de vida será un beneficio directo para su familia e indirecto para el conjunto de la sociedad.

No hay que olvidar incluir a las personas mayores en cursos de capacitación, programas de crédito y ahorro. Las experiencias demuestran que el conjunto de la comunidad confía más en las personas mayores como administradores del ahorro y pago de préstamos.

Las actividades ocupacionales estimulan el contacto social, la actividad física y el sentido de autovaloración, especialmente en los campos de refugiados, donde las oportunidades de generación de ingresos son muy limitadas o se solapan con la provisión de ayuda y servicios por parte de las agencias humanitarias.

Y, por último, se debe apoyar a las personas mayores que han quedado encargados del cuidado de niños u otros miembros dependientes como parte de iniciativas de custodia de niños, tales como materiales de apoyo y habilidad para criar hijos.

Resolución de conflictos

En situaciones de crisis, es frecuente que se produzcan microconflictos dentro de la comunidad. Para contribuir a su resolución es básico fomentar el papel de las personas mayores en la reconciliación comunitaria. Su experiencia previa, las estrategias de afrontamiento, las habilidades y el conocimiento tradicional y comunitario los avalan para ello.

Por ejemplo, es importante su capacidad en la reconstrucción de redes de familias separadas como parte de la movilización comunitaria en programas de refugio, así como la atención domiciliaria a miembros vulnerables en las familias.

Prevención y preparación ante desastres

Como sucedía en la resolución de conflictos, esa experiencia previa, las estrategias de afrontamiento, las habilidades y el conocimiento tradicional y comunitario que poseen las personas mayores en la prevención y preparación ante desastres es importante que sea reconocido, apoyado y compartido. Por tanto, es de vital importancia incluir e involucrar a las personas mayores a todos los niveles comunitarios en la prevención y preparación ante desastres, así como en la respuesta tras un desastre.

2.4. Inclusión de las personas mayores en los sectores clave de respuesta humanitaria

Afortunadamente, la cuestión de la edad y del envejecimiento está recibiendo cada vez más atención, especialmente tras las últimas reformas humanitarias. A continuación, se muestra una tabla extraída del informe del Inter-Agency Standard Committee (IASC) ***Las intervenciones humanitarias y las personas mayores: orientación básica para actores humanitarios***, donde se destacan algunas cuestiones clave relativas a las personas mayores y que debería ser tenidas en cuenta por los organismos de acción humanitaria.

Grupo sectorial/ *cluster*	**Requisitos humanitarios clave**
Salud	▪ Las personas de edad avanzada tienen acceso a todos los servicios de salud y a todas las ayudas para personas con discapacidad que necesitan. ▪ Los medicamentos para enfermedades crónicas han sido incluidos en los paquetes de salud para emergencias. ▪ Las actitudes, las habilidades y la capacitación del personal para atender cuestiones de salud de personas de edad avanzada han sido determinadas. ▪ Se han recopilado datos desglosados por edad y por género para determinar el número de personas mayores y sus necesidades específicas.
Agua, higiene y saneamiento	▪ Se entregarán a las personas mayores contenedores adecuados para cargar agua. ▪ Las letrinas estarán diseñadas para que las personas mayores puedan utilizarlas (por ejemplo: incluirán pasamanos o barandillas). ▪ Se destacará la función de las mujeres mayores en la promoción de la higiene.
Alimentación y nutrición	▪ Las personas mayores tendrán acceso a los puntos de distribución de alimentos y podrán cargar raciones durante grandes distancias. ▪ El acceso de las personas mayores a alimentos nutritivos adecuados está asegurado. ▪ La inclusión de las personas mayores en las evaluaciones nutricionales y en la supervisión de la nutrición está asegurada.
Vivienda	▪ Se proporciona asistencia con alertas tempranas y evacuación a sitios seguros. ▪ La atención especial para los enfermos y las personas con discapacidad está asegurada (por ejemplo: suministro de colchones, frazadas/mantas o vestimenta). ▪ Se presta ayuda para construir viviendas a las personas mayores que no tienen apoyo de familiares. ▪ La consulta a las personas mayores sobre prácticas culturales y cuestiones de privacidad está asegurada.
Coordinación y gestión de campamentos	▪ La identificación de las personas mayores físicamente impedidas para dejar su hogar y vulnerables está asegurada, igual que la ayuda para reponer la documentación pertinente o tener acceso a esta última. ▪ Está asegurada la inclusión de datos desglosados por edad y por género en las cifras relativas a la población contenida en los campamentos.
Recuperación temprana	▪ Existen programas de recuperación de medios de vida dirigidos a las personas mayores, especialmente a aquellas que están solas o que tienen niños bajo su cuidado. ▪ Los programas de retorno toman en cuenta las necesidades de las personas mayores.
Protección	▪ Todos los datos están desglosados por género y por edad para determinar la cantidad y tipo de protección requerida. ▪ Se facilita la participación de las personas mayores en la toma de decisiones, igual que en la prevención humanitaria y en las actividades de respuesta en casos de emergencia.

	▪ Está asegurada la protección de las personas mayores que han quedado sin nadie que se ocupe de ellas. ▪ Las personas mayores desplazadas han sido incluidas en las actividades de rastreo de familiares y reunificación de familias. ▪ Las estrategias de protección incluyen los elementos siguientes: – personas mayores con niños pequeños bajo su cuidado. – personas mayores con personas con discapacidad bajo su cuidado. – lucha contra el abuso de personas mayores y de mujeres mayores que son víctimas de violencia de género y de abuso sexual. – defensa de los derechos de las mujeres sobre tierras y(o) propiedades, especialmente en el caso de las viudas.

3. Marco conceptual y jurídico

Reducir la vulnerabilidad de las personas mayores no significa básicamente crear servicios especiales para ellas, sino asegurar que tengan acceso igualitario a los servicios esenciales para vivir.

El envejecimiento de la población continúa siendo uno de los problemas más ignorados en la actualidad. Generalmente los problemas de las personas mayores tienen una prioridad secundaria en las actividades e iniciativas gubernamentales. Cuando se toma en consideración a este colectivo, se suele relacionar con un problema de bienestar, en el que las personas mayores son vistas como una carga para la sociedad o como meros receptores pasivos de la ayuda.

La falta de conciencia e información pública sobre la contribución de las personas mayores en sus comunidades, sus circunstancias, problemas y necesidades por el hecho de ser personas mayores crean imágenes negativas sobre el envejecimiento, que contribuyen a aumentar la “invisibilidad” y la posición marginal de las personas mayores.

Este hecho se acentúa cuando se trata de una respuesta humanitaria a una crisis (sea conflicto armado o desastre), donde la provisión de servicios básicos y la asignación de recursos puede correr el riesgo de ser desigual. A menudo, esta invisibilidad puede resultar en que las personas mayores no reciban los recursos esenciales para su supervivencia.

Aunque muchas ONG responden a algunas necesidades de las personas mayores de forma transversal, son muy pocas las que las incluyen como población meta. Esto puede ser debido, entre otros motivos, al prejuicio común de que las personas mayores son muy difíciles de capacitar, que no son receptivas a las nuevas ideas o que están imposibilitadas para participar de forma efectiva en actividades comunitarias y económicas.

Sin embargo, es importante conocer el papel fundamental que desempeñan las personas mayores en las respuestas a emergencias, así como las importantes contribuciones tanto sociales como económicas que realizan. Por tanto, reducir la vulnerabilidad de las personas mayores no significa básicamente crear servicios especiales para ellas, sino asegurar que tengan acceso igualitario a los servicios esenciales para vivir.

Para ello, es importante que todo el conjunto de la comunidad humanitaria internacional tome conciencia de los problemas y los obstáculos a los que se enfrentan las personas mayores, pero sin olvidar sus capacidades y contribuciones que son de gran importancia a la hora de diseñar una respuesta humanitaria ante una crisis.

Es decir, se debe incluir a las personas mayores en todas las fases de la respuesta, desde la planificación, hasta la propia provisión de la ayuda, finalizando por apoyar y fortalecer sus capacidades para que, una vez haya terminado la respuesta a la emergencia, puedan vivir de forma autónoma.

▪ Acuerdos y estándares internacionales

Actualmente existen varios acuerdos y estándares, reconocidos a nivel internacional, que tratan de abogar y defender los derechos de las personas mayores. A continuación, destacamos aquellos documentos pueden ser de gran utilidad para la mejora del trabajo de la Comunidad Humanitaria Internacional en su respuesta a emergencias.

Acuerdos y estándares internacionales
▪ **Carta Humanitaria Esfera y Estándares Mínimos para Respuesta a Desastres (revisado en 2011)** Conjunto de estándares mínimos para respuesta a desastres. La guía recomienda tener especial cuidado en el trabajo hacia todos los grupos vulnerables afectados, incluyendo a las personas mayores. También enfatiza en el rol de las personas mayores como cuidadores, encargados de recursos y generadores de ingresos. Disponible en: http://www.sphereproject.org/sphere/es/
▪ **Las intervenciones humanitarias y las personas mayores: orientación básica para actores humanitarios (2010)** Documento elaborado por el IASC cuya finalidad es la sensibilización sobre intervención humanitaria y personas de edad. Disponible en: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=24
▪ **Marco de Política de la Unión Africana y el Plan de Acción para el Envejecimiento (2003)** Incluye recomendaciones para la protección de los derechos de las personas mayores en las crisis, las emergencias y las epidemias. Disponible en: http://www.aidsportal.org/store/524.pdf
▪ **Plan Internacional de Naciones Unidas para el Envejecimiento Activo de Madrid (2002)** Compromete a los gobiernos a reconocer que las personas mayores pueden hacer contribuciones positivas en emergencias y pide acceso igualitario a los servicios durante y después de las emergencias. Disponible en: http://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf
▪ **Plan de Acción sobre Envejecimiento para Asia y Pacífico (1999)** Plan de Naciones Unidas que incluye aspectos importantes relacionados con el envejecimiento y las personas mayores y las actuaciones pertinentes que deben tomar los países de la región, a nivel individual y colectivo. Disponible en: http://www.unescap.org/ageing/macau/plan_of_action.htm

- **Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG) (1994)**

Utilizado por la Federación Internacional de la Cruz Roja para hacer monitoreo de sus propios estándares en la prestación del auxilio y para estimular a otros en el establecimiento de estándares similares.

Disponible en: http://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/code-of-conduct/code-spanish.pdf

- **Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (1991)**

Alienta a los gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales, cada vez que sea posible, los 18 principios.

Disponible en: http://www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm

Capítulo 3.
Personas con discapacidad en situaciones de emergencia y crisis humanitaria

1. Introducción

Hacia un enfoque inclusivo

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que aproximadamente un 15% de la población mundial (incluidos niños y niñas y personas de edad) viven con algún tipo de discapacidad (Proyecto Esfera, 2011: 18). Dicho porcentaje representa, aproximadamente, 650 millones de personas, de las cuales dos tercios viven en países en desarrollo. En estos países, el 98% de los niños y niñas con discapacidad no asisten a la escuela y la tasa de alfabetización de las personas adultas con discapacidad llega solo al 3%, y en algunos países se reduce hasta un 1% en el caso de las mujeres con discapacidad.

El terremoto ocurrido en Haití en enero de 2010 y otras situaciones de emergencia recientes han puesto especialmente de manifiesto las dificultades que afrontan las personas con discapacidad en situaciones de emergencia. En Haití, se calcula que aproximadamente 200.000 personas vivirán con discapacidad a largo plazo como consecuencia de los daños sufridos.

Fuente: ONU. La necesidad de incluir a las personas con discapacidad

"La discapacidad radica en la sociedad, no en la persona". (ONU, 2007: 4)

Así como muchas poblaciones se exponen a las consecuencias negativas de los desastres y conflictos armados, su vulnerabilidad real depende de su empoderamiento social y cívico, de sus condiciones socioeconómicas y de su acceso a recursos de socorro y mitigación. Sin embargo, las personas con discapacidad se ven gravemente afectadas en situaciones de emergencia, desastre y conflicto y suelen ser excluidas de los procesos de socorro, rehabilitación y respuesta (por ejemplo, la distribución de alimentos, los campamentos y los refugios) debido a la falta de planificación y preparación, así como a la inaccesibilidad de los servicios, instalaciones y servicios de transporte. Dicha exclusión hace que les resulte más difícil usar los servicios habituales de apoyo en caso de desastre.

Con el fin de que las personas con discapacidad se conviertan en sujetos activos en la vida pública, es primordial fomentar sus capacidades y reducir sus vulnerabilidades.

Asimismo, un gran porcentaje de personas con discapacidad viven bajo el umbral de la pobreza. Una gran mayoría (más del 80%) habita en áreas rurales aisladas donde no disponen de servicios para satisfacer sus necesidades básicas. Se topan con barreras sociales, físicas, ambientales y económicas debido a su mayor vulnerabilidad, dificultando su calidad de vida e impidiendo su plena participación en la sociedad. La gran parte de los campamentos de refugiados no son accesibles y, en muchas ocasiones, las personas con discapacidad son rechazadas porque se presupone que precisan "servicios sanitarios complejos".

Datos de la ONU[18] revelan que las necesidades de las personas con discapacidad siguen sin ser consideradas en los planes de reconstrucción y recuperación a largo plazo, con lo que desaparece una oportunidad de asegurar la existencia de medidas que incorporen el concepto de "discapacidad" al afrontar desastres venideros. Por estas razones, y en cualquier parte del mundo, las personas con discapacidad se suelen enfrentar a la degradación y a la discriminación, que se convierten en parte inherente de sus vidas, viviendo en la inseguridad y en el aislamiento.

Pese a que cada vez hay un mayor compromiso en lo que respecta al incremento de la sensibilización y concienciación acerca de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en el mundo, en la actualidad no se están elaborando programas adecuados para dicho colectivo en situaciones de emergencia y crisis humanitaria.

La discapacidad debe ser considerada desde un enfoque social e inclusivo, centrado en los derechos humanos.

De este modo, con el fin de que las personas con discapacidad se conviertan en sujetos activos en la vida pública, resulta primordial fomentar sus capacidades y reducir sus vulnerabilidades. Así, reducir la vulnerabilidad de las personas con discapacidad no supone la creación directamente de servicios especiales para ellas, sino garantizar el pleno ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales mediante el acceso igualitario a los servicios básicos.

Las personas con discapacidad deben ser incluidas en todos los procesos de preparación y respuesta en situaciones de emergencia, en los procesos de planificación y reconstrucción, y en la entrega de servicios, así como deben contar con el respaldo de la comunidad internacional en cuanto al fomento de sus aptitudes para que puedan vivir de forma independiente una vez que haya finalizado la emergencia. De este modo, la inclusión de las

[18] Ver documento de la ONU 2006 (CDPD: ¿Por qué una Convención?), cuyo enlace se encuentra en la bibliografía

necesidades así como la participación en la sociedad de dicho colectivo en cada una de las fases del proceso de gestión de desastres, sobre todo en las etapas iniciales de planificación y preparación, ayudaría a reducir de manera significativa su vulnerabilidad, contribuiría a garantizar el pleno y libre ejercicio de sus derechos e incrementaría la eficacia de los gobiernos en materia de respuesta y recuperación.

La discapacidad debe ser considerada desde un enfoque social e inclusivo, centrado en los derechos humanos. Como personas comprometidas con el progreso humanitario, resulta de vital importancia adoptar actitudes, programas y políticas que amparen y apoyen las aportaciones y los derechos del citado grupo.

Una mirada a las estadísticas

- Aproximadamente un 15% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad, lo que la convierte en la mayor minoría del mundo. Dicha cifra se está incrementando debido al crecimiento demográfico, el proceso de envejecimiento y los adelantos de la medicina. **(OMS).**
- El 20% de las personas más pobres del mundo tienen algún tipo de discapacidad y suelen ser consideradas en sus propias comunidades como uno de los colectivos en situación más desventajosa**. (BANCO MUNDIAL).**
- El índice de discapacidad es notablemente más elevado en los colectivos con un nivel de educación inferior de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. **(OCDE).**
- El 80% de las personas con discapacidad habita en países en desarrollo, según informa el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo **(PNUD).**
- En la mayoría de los países de la OCDE, las mujeres presentan una tasa de incidencia más elevada de discapacidades que los hombres.
- El 30% de los jóvenes de la calle presentan algún tipo de discapacidad**. (UNICEF).**
- La tasa de mortalidad de los niños y niñas con discapacidad puede alcanzar hasta el 80% en países en los que la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años, tomados en conjunto, ha descendido a menos de 20%. **(Departamento de Desarrollo Internacional, Reino Unido).**
- Por cada niño o niña que fallece en zonas de guerra, tres resultan gravemente heridos y con alguna discapacidad permanente. **(OMS).**

2. ¿Qué entendemos por *discapacidad?*

2.1. Terminología preliminar sobre discapacidad: concepto, evolución y tipos

Conceptos clave	
Mal uso	**Buen uso**
Caso, problema, víctima	Individuo, persona
Paciente	Cliente, persona
Discapacitado, minusválido, impedido, incapacitado	Persona con discapacidad
Deforme	Persona con discapacidad física
Retrasado, inútil	Persona con discapacidad intelectual
Los ciegos	Personas ciegas, personas con una discapacidad visual
Los sordos	Personas sordas, personas con una discapacidad auditiva
Loco, demente, perturbado	Persona con discapacidad mental
Persona físicamente limitada	Persona con problemas de movilidad

Según la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD):

- ***Discapacidad.*** Dícese de "un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (ONU, 2006: Preámbulo).
- ***Personas con discapacidad.*** Alude a las personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (ONU, 2006: Artículo 1).

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF):

- ***Discapacidad.*** Hace referencia a "un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud y factores ambientales y personales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y falta de apoyo social") (OMS, 2011: 7).

2.2. Evolución del concepto de discapacidad

Desde tiempos remotos hasta nuestros días, han existido y siguen existiendo considerables contradicciones en el tratamiento social otorgado a las personas con discapacidad. Dichas contradicciones son muestra de la tensión entre las distintas concepciones de la que es y ha sido objeto la discapacidad (Aguado Díaz, A.,1995).

En este sentido, es importante destacar cuatro modelos que a lo largo de la historia han sido utilizados por la sociedad como marco para su tratamiento: *el modelo de prescindencia, el modelo médico-rehabilitador (*o de asistencia*), el modelo social* y *el modelo de la diversidad (*denominado también modelo de derechos humanos*)* (Toboso y Arnau, 2008: 1).

En lo que respecta al *modelo de prescindencia* (también llamado *modelo caritativo*), sitúa el origen de la *discapacidad* en causas religiosas y afirma que las personas con discapacidad constituyen una carga adicional para la sociedad, sin nada que ofrecer a la comunidad. Las características principales en este modelo son la exclusión y la marginación.

Un segundo *modelo* es el *rehabilitador* (también denominado *modelo médico*). Dicho modelo aborda los efectos de la enfermedad como un problema "médico-científico" provocado de forma directa por un trastorno, una enfermedad u otra alteración de la salud, que precisa atención rehabilitadora y médica mediante un tratamiento individualizado. Dado que la atención está enfocada en la discapacidad (en aquello que la persona no puede hacer), se subestiman las capacidades de las personas con discapacidad.

En lo referente al *modelo social*, revela que los motivos que provocan la discapacidad son sociales (y, por lo tanto, ya no son religiosos ni científicos). Las causas del problema son las limitaciones de la sociedad para ofrecer los servicios adecuados y asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad son cubiertas. De este modo, si se parte de la idea de que la vida de todo ser humano es igualmente digna, a través de la inclusión y la participación de las personas con discapacidad en la vida pública, dicho colectivo podrá contribuir a la sociedad en la misma medida que el resto de individuos sin discapacidad.

Por último, cabe destacar el *modelo de la diversidad (o de derechos humanos*), modelo más reciente, en el que "todas las personas tienen un mismo valor moral, con independencia de sus *capacidades* o *dis-capacidades* y, por lo tanto, tienen que tener garantizados los mismos derechos humanos" (Toboso y Arnau, 2008: 4). Así, cualquier discriminación que sufra una persona con discapacidad será considerada como violación de los derechos humanos.

2.3. Clasificación Internacional de la discapacidad

En el año 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). En ella distingue entre las nociones de deficiencia, discapacidad y minusvalía con el objetivo de llevar a cabo una clasificación de los efectos que la "enfermedad" provoca en el ser humano, en su propio cuerpo como en su relación con el medio.

Unos años más tarde, en 1997, dicho organismo redacta una nueva propuesta que constituye la reconceptualización de la discapacidad, que nace a partir de los modelos tradicionales anteriormente mencionados (*modelo de prescindencia*, *modelo médico* y *modelo social).*

En 2001, la CIDDM pasa a denominarse Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF). En esta nueva conceptualización, se determina el concepto de discapacidad como un término genérico con una nueva definición para los términos *discapacidad* y *minusvalía* que se corresponden con los de limitaciones de actividad y restricciones en la participación. Asimismo, la OMS deja a un lado el enfoque de la CIDDM de "efectos de la enfermedad" y se centra en "la salud y los estados relacionados con la salud", transformando su terminología en positivo.

Evolución del concepto de *discapacidad según la OMS*

CIDDM 1 (1980)[19]	CIDDM 2 (1997)[20]	CIF (2001)[21]
Deficiencia Pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.	***Deficiencia*** Toda pérdida o anormalidad de una estructura anatómica o de una función psicológica o fisiológica.	***Funcionamiento*** Término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, así como la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano.
Discapacidad Restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.	***Actividad*** Naturaleza y nivel de rendimiento funcional de una persona. Las actividades pueden verse limitadas en naturaleza, duración y calidad.	***Discapacidad*** Término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las *limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social*[22] del ser humano.
Minusvalía[23] Situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, género, factores sociales y culturales concurrentes.	***Participación*** Naturaleza y grado de intervención de una persona en situaciones de la vida con relación a deficiencias, actividades, alteraciones de la salud y factores de contexto. La participación puede verse restringida en naturaleza, duración y calidad. La restricción de la participación es una desventaja para la persona con deficiencia o discapacidad, que se crea o agrava por las características de los factores de contexto (ambientales y personales).	***Salud*** Elemento clave que relaciona al funcionamiento y la discapacidad y puede presentarse de forma negativa o positiva (el individuo padece o no una enfermedad o trastorno en su estado de salud).

Fuente: Elaboración propia

[19] AUPA (2005: 22)
[20] OMS (1997)
[21] Basado en Toboso y Arnau, 2008: 12
[22] *Limitaciones de actividad:* Dificultades que tiene una persona para realizar, lograr o terminar una actividad (Gutiérrez, E.,2007).
Restricciones en la participación: Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales (Gutiérrez, E.,2007).
[23] Desde el movimiento asociativo, se considera esta definición como peyorativa, siendo preferible referirse a estas personas como personas con discapacidad. No obstante, en los años 80 "minusvalía" era la terminología utilizada.

En este sentido, la discapacidad debe conceptualizarse como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno. Además, constituye un concepto en evolución y la legislación puede adaptarse para incorporar los cambios positivos que ocurran en la sociedad (ONU, 2007). Así, se deberá fomentar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en todas las esferas de la sociedad, con el fin de erradicar la exclusión y discriminación hacia dicho colectivo. Si las barreras actitudinales desaparecen (y deja de considerarse a las personas con discapacidad como problemas que hay que solucionar), este colectivo podrá gozar plenamente de sus derechos y participar en la vida pública como miembros activos. Para ello, se requerirán cambios personales (tratamiento individual), cambios en el medio y acción social.

2.4. Tipos de discapacidad

Todos los individuos tienen los mismos derechos por el simple hecho de ser seres humanos, que incluyen derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Tener los mismos derechos implica que las necesidades de todo individuo tienen la misma importancia. Dicho esto, las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y las mismas necesidades básicas que cualquier otro miembro de su comunidad.

Toda discapacidad tiene su origen en alguna deficiencia funcional o estructural de algún órgano corporal y, en este sentido, la deficiencia es considerada como una anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano como resultado discapacitante.

Partiendo de esta diferenciación básica a través de la CIF (OMS), se identifican numerosos tipos de deficiencia vinculada a las diferentes discapacidades.

Con el fin de identificar las características de los distintos grupos, cabe agrupar las deficiencias en física, mental, intelectual y sensorial (ONU, 2006: Artículo 1) sin olvidar la gran heterogeneidad que existe dentro de cada grupo.

Tipos de discapacidad
▪ **Física** Hace referencia a anomalías orgánicas en el aparato locomotor o en las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores); deficiencias del sistema nervioso (parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras); alteraciones viscerales (aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario) (CRUZ ROJA, n.d).
▪ **Sensorial** Alude a todo individuo que presenta trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje.
▪ **Psicosocial** Dícese de aquella deficiencia que puede derivar de una enfermedad mental y abarca las limitaciones para el aprendizaje de nuevas habilidades, alteración de la conciencia y capacidad de las personas para comportarse en las actividades de la vida diaria, así como en su relación con otras personas (INEGI, n.d).
▪ **Intelectual** Refiere a la deficiencia caracterizada por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras.

Fuente: Elaboración propia

3. Las personas con discapacidad en situaciones de emergencia y crisis humanitaria

3.1. Cómo afectan los desastres a las personas con discapacidad

▪ Una imagen alejada de la realidad

Tras un desastre, las personas con discapacidad se encuentran “perdidas”. Se enfrentan a barreras considerables en cada una de las etapas de la crisis humanitaria y los desplazamientos internos: cuando escapan, cuando se encuentran dentro y en los alrededores de los campos, en el camino o cuando regresan a sus respectivos hogares. Asimismo, la existencia de nociones falsas y una percepción negativa de la discapacidad hace que dicho colectivo se vea sometido, en la actualidad, al aislamiento, a la marginación y a la invisibilidad. De este modo, en situaciones de emergencia, donde el acceso a servicios esenciales y el suministro de recursos pueden ser desiguales, dicha invisibilidad se traduce en que a las personas con discapacidad se las priva de recursos básicos necesarios para su supervivencia.

Afrontar estos retos implica la inclusión de las organizaciones de personas con discapacidad en todo programa de Reducción del Riesgo de Desastres (RRD) -mediante la participación activa y el empoderamiento de dicho colectivo en todas las actividades de gestión de desastres, entre otros-, en los procesos de rehabilitación y recuperación y en los mecanismos de coordinación entre los diferentes organismos. Estos aspectos constituirán puntos clave para otorgar protagonismo a las necesidades inmediatas y a largo plazo de las personas con discapacidad en situaciones de emergencia y crisis humanitaria.

Nociones falsas sobre la discapacidad en la acción humanitaria
1. **Las personas con discapacidad han muerto durante desastres o conflictos armados porque no podían escapar o encontrar refugio**. La realidad es que las personas con discapacidad son objeto de discriminación y aislamiento en muchas esferas de la vida, de forma que son ignoradas en numerosos programas de socorro debido a una serie de factores físicos, sociales, económicos y políticos, entre otros.
2. **Tras un desastre, la comunidad y la familia protegerán a sus miembros.** En situaciones de emergencia, las redes sociales a menudo se ven deterioradas, bien porque sus integrantes se ven gravemente afectados por alguna discapacidad o deficiencia, bien porque mueren o porque simplemente no pueden ofrecer ayuda a las personas con discapacidad porque se han visto obligadas a desplazarse a otro lugar o no disponen de los medios necesarios para ello.
3. **Los temas de discapacidad precisan un conocimiento altamente especializado, así como programas complejos y servicios costosos, por lo que las agencias deberían centrarse en ellos una vez ha finalizado la etapa de emergencia.** La realidad es otra, pues hay una falta de formación y concienciación sobre el terreno, así como una escasez de indicadores y estándares para monitorizar la inclusión de las personas con discapacidad en emergencias. Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y oportunidades que el resto, así que se deben desarrollar indicadores que analicen el alcance real que tiene la inclusión de las personas con discapacidad en programas y si tales programas proporcionan mejoras sostenibles en su calidad de vida. Dicha concepción errónea desvía la atención de llevar a cabo un proceso de recopilación de datos durante la emergencia.
4. **El número de personas con discapacidad en situaciones de emergencia y crisis humanitaria es escaso.** Dicha noción ignora las necesidades para la protección y seguridad de las personas con discapacidad. Uno de los mayores desafíos que las organizaciones humanitarias deben afrontar es la urgente necesidad de recopilar datos con información específica relativa a la discapacidad y desarrollar una herramienta de evaluación rápida durante las fases de emergencia para asegurar que las intervenciones humanitarias sean inclusivas. La escasa concienciación y financiación acerca de cómo las personas con discapacidad se desenvuelven en sus vidas, así como la promoción de su empoderamiento y autosuficiencia ha contribuido a su "invisibilidad".
5. **Las personas con discapacidad son meros receptores pasivos de ayuda.** La realidad es que las personas con discapacidad, a pesar de presentar alguna deficiencia, pueden seguir participando de forma activa en la sociedad así como contribuir al bienestar de su comunidad. Por lo tanto, es de vital importancia fomentar su empoderamiento e inclusión para que puedan seguir colaborando en el desarrollo de las estrategias comunitarias de respuesta ex ante y ex post y visibilizar, de este modo, su papel en la sociedad.
6. **Durante la distribución de la ayuda, las necesidades de las personas con discapacidad son satisfechas.** La realidad es que a las personas con discapacidad se les priva de asistencia humanitaria (de forma que se les niega uno de sus derechos básicos/fundamentales). Un informe de HelpAge International y Handicap Internacional[24] pone de manifiesto que solo un 1% de ayuda humanitaria está destinada a las personas mayores y a las personas con discapacidad. Además, la mayoría de los proyectos de ayuda humanitaria no destacan las vulnerabilidades de dichos colectivos ni de qué manera les afecta la crisis. Esto deja patente la urgente necesidad de un esfuerzo coordinado para garantizar que las necesidades de dichos grupos quedan establecidas en la prestación de servicios.

Fuente: Elaboración propia

3.2. Vulnerabilidades de las personas con discapacidad

▪ ¿Por qué son más vulnerables?

Las dificultades a las que se enfrentan las personas con discapacidad para conseguir asistencia y protección a lo largo de una emergencia, desplazamiento, desastre o crisis hu-

[24] Para más información, véase el siguiente link: http://iecah.org/web/images/stories/A_study_of_humanitarian_financing.pdf

manitaria contribuyen al incremento de su vulnerabilidad. Uno de los principales desencadenantes es la exclusión a la que están sometidas a causa de numerosas barreras físicas y comunicativas, actitudes negativas, así como a la insuficiencia de datos: debido a que las personas con discapacidad permanecen invisibles, se presupone que no están en el lugar y, por lo tanto, no se las incluye en ninguna intervención humanitaria.

"Veamos el caso del distrito de Prakasam –al sur de Andhra Pradesh, Estado de la India-, zona gravemente afectada por el tsunami del Océano índico de diciembre de 2004. Según las estadísticas de la oficina de salud de dicho distrito, en 2005, había 48.931 personas con discapacidad inscritas en el registro oficial (27.437 hombres y 21.494 mujeres). El personal de Leonard Cheshire International que visitó la región inmediatamente después del tsunami señaló que en la labor llevada a cabo por el gobierno y las ONG, las personas con discapacidad quedaban al margen y no estaban debidamente representadas".

Fuente: FISCR (2007). Informe Mundial sobre Desastres.

Aisladas, las personas con discapacidad están menos capacitadas que el resto de los miembros de la comunidad para garantizar su supervivencia en caso de emergencia. La cuestión clave es conocer las causas que originan que dicho colectivo no esté incluido en los programas de intervención humanitaria para emprender soluciones al respecto, de manera que pueda recibir la misma protección en virtud del Derecho Internacional Humanitario (DIH) y de los derechos humanos internacionales.

Debido a que las personas con discapacidad permanecen invisibles, se presupone que no están en el lugar y, por lo tanto, no se las incluye en ninguna intervención humanitaria.

El **entorno físico** constituye la primera causa de vulnerabilidad. Las personas con discapacidad pueden presentar problemas de movilidad, así como deficiencias auditivas, visuales, de comprensión, etc. que pueden convertirse en graves obstáculos que merman su capacidad de supervivencia. Les resulta más difícil acudir a los puntos de servicio médico y huir o protegerse ante peligros. Muy pocos países cuentan con instalaciones públicas y sistemas de transporte accesibles para las personas con discapacidad.

En situaciones de emergencia, los problemas auditivos, visuales, de movilidad, etc. pueden impedir que algunas personas con discapacidad adviertan las primeras señales de alarma, se desorienten y acaben separándose de sus familias. Dejan atrás los dispositivos de ayuda (sillas de ruedas, prótesis o muletas, entre otros) que les permiten acceder y disfrutar de los servicios esenciales, lo que provoca que las tareas más sencillas como utilizar una letrina o incluso llegar a ella sea más difícil durante la emergencia. El medio físico queda

completamente transformado por la destrucción del entorno, por un desplazamiento o por problemas de seguridad y las personas con discapacidad quedan aisladas de forma que no pueden salir de sus casas, siendo completamente invisibles para los actores humanitarios.

"Una encuesta realizada en 2007 en la franja costera de Bangladesh, país de bajos ingresos y frecuentemente afectado por inundaciones, donde se estima que hay 12 millones de personas con discapacidad, revela claras diferencias en la distribución de ayuda de socorro y rehabilitación entre aquellas familias donde hay personas con discapacidad y el resto de la comunidad. En el marco de los programas de socorro y rehabilitación, tan solo un 3% de la muestra había recibido el apoyo concreto que necesitaban dichas personas. La encuesta también revela que muchas personas con discapacidad habían sido excluidas a raíz de la inaccesibilidad a refugios y mecanismos de distribución de alimentos. Ahora bien, estos problemas no se limitan a un solo país ni a una sola región".

Fuente: FISCR (2007). Informe Mundial sobre Desastres.

Los **factores sociales** también agravan la vulnerabilidad. Las redes de apoyo social son muy importantes para las personas con discapacidad, pues en muchas ocasiones dependen de sus familiares o vecinos para satisfacer sus necesidades. Por ejemplo, los niños y niñas con discapacidad necesitarán a su madre para que los lleve a la escuela; las mujeres con discapacidad puede que precisen a sus familiares o vecinos para sacar adelante su hogar y los hombres con discapacidad puede que dependan económicamente de sus respectivas mujeres e hijos.

Muchos estados todavía no tienen una política inclusiva en materia de discapacidad.

En situaciones de emergencia, las redes sociales se ven gravemente deterioradas. Algunos mueren, otros resultan gravemente afectados y otros simplemente no pueden continuar proporcionando ayuda. Las personas afectadas están preocupadas por sobrevivir y pasan la mayor parte del tiempo intentando satisfacer las necesidades básicas de su familia. Las consecuencias derivadas de esto son el rechazo y el aislamiento de las personas con discapacidad, lo que, en algunos casos, puede repercutir de forma negativa en su salud y bienestar. Perder o separarse de su cuidador/a puede conllevar serias consecuencias para una persona con discapacidad, sobre todo si depende de él/ella para realizar actividades vitales como beber, comer o desplazarse (factor que hace muy difícil que pueda sustentarse por sí misma o salir en busca de ayuda). Una vez pasada la emergencia, puede que tenga miedo a que se vuelvan a repetir los mismos acontecimientos y pierda la confianza en los demás, de forma que se ve todavía más aislada, convirtiéndose, en ocasiones, en una persona violenta.

Los **factores económicos** desempeñan un papel primordial en la vulnerabilidad de las personas con discapacidad en emergencias y crisis humanitarias. La pobreza constituye una de las amenazas más fuertes y es tanto causa como consecuencia de la discapacidad, ya que dicho colectivo se topa con más dificultades a la hora de acceder al mercado laboral. Es una práctica habitual que se le excluya de las actividades generadoras de ingresos, así como de programas de trabajo. En este contexto, los desastres contribuyen a empeorar su situación. Los problemas de movilidad o de salud, las deficiencias mentales, auditivas o visuales o la reducción de sus ingresos constituyen problemas que les impiden vivir de forma autónoma e independiente. Las personas pobres tienen un acceso muy limitado a los servicios sanitarios, educativos o sociales, por lo que existe un gran riesgo de que la discapacidad o deficiencia existente se vea perjudicada.

En situaciones de emergencia, los sectores pobres de la sociedad resultan gravemente afectados y cuando un familiar tiene una discapacidad, las dificultades se acentúan y empeoran. Los escasos recursos disponibles para ellos van destinados a la supervivencia de su familia dejando de lado las necesidades específicas de las personas con discapacidad. Así, dicho colectivo es percibido como una carga adicional y es dejado atrás.

Los **factores cognitivos** deberían tenerse en cuenta en todas las intervenciones humanitarias. A menudo, la discapacidad es considerada como un factor negativo, pues en la mayoría de los países la relacionan con creencias culturales y religiosas. Los miembros de la familia y la comunidad ven a las personas con discapacidad como personas inútiles, sin ningún valor. Una falta de conocimiento sobre qué es la discapacidad y sobre cuáles son las contribuciones y las capacidades de dicho colectivo constituyen la principal causa de exclusión y marginación, lo que hace que esté más expuesto a los peligros que una crisis humanitaria conlleva.

En situaciones de emergencia, esta actitud negativa se ve exacerbada hasta tal punto que hay un incremento en el abuso y en el rechazo de las personas con discapacidad por parte de la familia y de la comunidad.

Por último, los **factores políticos** también influyen de manera negativa, aumentando su vulnerabilidad. A pesar de la adopción reciente por parte de la CDPD, muchos estados todavía no tienen una política inclusiva en materia de discapacidad. Debido a la falta de datos precisos sobre la materia, los políticos y proveedores de servicios no están ofreciendo a este colectivo las mismas oportunidades que al resto.

En situaciones de emergencia, normalmente los gobiernos y otros actores internacionales se centran en la población afectada en general, que recibe mayor atención y es más visible, y dejan de lado la inclusión social de las personas con discapacidad que se enfrentan a los mismos desafíos que los demás.

▪ La discapacidad entre grupos vulnerables y poblaciones desplazadas

Los desafíos adicionales para las personas con discapacidad comienzan tras un conflicto armado o un desastre natural. Durante la huida o el desplazamiento, algunos se quedan atrás porque no pueden moverse por sí mismos o porque no son capaces de leer, oír o comprender un mensaje al presentar una discapacidad visual, auditiva o comunicativa (entre otros).

A ello, cabe sumarle que cuando se encuentran en las zonas de desplazamiento no disfrutan de los mismos derechos que el resto, pues no se lleva a cabo ningún proceso de recopilación de datos o censo, de forma que las infraestructuras y los servicios (que suelen ser temporales en estos lugares) no tienen en cuenta sus necesidades especiales.

Entre los grupos más vulnerables con discapacidad cabe destacar a las mujeres, a las personas mayores y a los niños y niñas desplazados. Estos constituyen las personas más excluidas, abandonadas y ocultas, pues hacen frente a la discriminación centrada en factores de edad, género y estatus social, además de presentar la condición de "personas con discapacidad". Suelen sufrir violaciones físicas y sexuales, discriminación, acoso y explotación y rara vez se les cuenta en los procesos de identificación.

Las personas con discapacidad afrontan numerosas dificultades adicionales, antes y durante la emergencia, pero ofrecer una protección y asistencia adecuada para todos es factible.

Mujeres y personas mayores con discapacidad

En situaciones de crisis humanitaria, el enfoque de género es de gran relevancia porque hombres y mujeres no gozan de los mismos derechos ni de las mismas oportunidades. Las mujeres con discapacidad suelen ser objeto de violencia doméstica, violencia sexual y explotación. Se les suele culpar de la discapacidad de sus hijos e hijas y pueden sufrir abusos sexuales o agresiones por parte de sus respectivos maridos, además de ser estigmatizadas y marginadas. Asimismo, se les excluye de los programas de educación y apenas se les brinda ayuda para desarrollar sus capacidades.

Las personas mayores con discapacidad también quedan excluidas y suelen estar expuestas al descuido o abandono por parte de sus familiares que ya no pueden seguir haciéndose cargo de ellos. De esta manera, hacen frente al aislamiento y a la marginación extrema, de forma que no se les tiene en cuenta en programas de ayuda ni se crean servicios específicos para ellos (en materia de salud, educación, AHS, etc.).

Niños y niñas con discapacidad

En situaciones de emergencia, desplazamiento, etc. los niños y niñas con discapacidad son los primeros abandonados por sus familias y los últimos en recibir asistencia. Apenas pueden cuidar de sí mismos, escapar o defenderse y corren mayor riesgo de enfermar, lo que puede provocar el incremento de sus discapacidades. De este modo, constituyen uno de los grupos más estigmatizados y excluidos y son objeto de insultos, golpes, abusos físicos, sexuales y psicológicos. "En el campo de refugiados de Dadaab, en Kenia, a los niños somalíes con discapacidad se les solía atar y se les apedreaba, o sufrían abusos verbales por parte de otras personas de la comunidad"[25].

Datos de la Comisión Europea[26] estiman que aproximadamente 200 millones de niños y niñas viven con alguna discapacidad y un 10% han nacido con algún tipo de deficiencia o han presentado alguna discapacidad antes de cumplir 19 años. Asimismo, al menos 6 millones de niños y niñas han sufrido algún tipo de discapacidad como resultado de conflictos armados entre 1990 y 2005 (según datos de Save the Children[27]).

▪ Factores de riesgo[28]

En situaciones de emergencia y crisis humanitaria, hay una serie de factores que influyen de forma negativa en la situación de los niños y niñas con discapacidad:

- La separación de los niños y niñas de sus padres, familias o cuidadores provoca una privación de protección y cuidados especiales, lo que les hace más vulnerables.
- La falta de nutrición aumenta el riesgo de retraso en el desarrollo, así como la aparición de enfermedades que, en caso de prolongarse, pueden ser permanentes.
- La desintegración de las redes comunitarias tradiciones suelen detener los sistemas de apoyo que los niños y niñas con discapacidad disfrutan.
- La exposición a la violencia puede provocar un gran número de lesiones, así como deficiencias auditivas, visuales, parálisis, etc.
- Los problemas psicológicos en niños y niñas pueden aumentar de forma significativa durante el conflicto y/o el desplazamiento y pueden verse agravados dependiendo de una serie de factores, como la magnitud de la exposición a la violencia o la reducción de protección.

[25] Información extraída de la Revista ***Migraciones Forzadas***, titulada "Discapacidad y Desplazamiento" (ver link en bibliografía)

[26] Para más información, véase "Towards an EU Strategy on the Rights of the Child". Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/human_rights/fundamental_rights_within_european_union/r12555_en.htm

[27] Para más información, véase "Protecting Children in Emergencies. Escalating Threats to Children Must Be Addressed" de Save the Children. Disponible en: http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/policy_brief_final.pdf

[28] Información extraída a partir del informe "Acciones por los Derechos de la Niñez en Situaciones de Emergencias". Disponible en: http://cre.scslat.org/upload/File/522715139457eef4d68401.pdf

3.3. Capacidades y contribuciones de las personas con discapacidad

La discapacidad constituye uno de los asuntos intersectoriales que está recibiendo especial atención en las actuales reformas humanitarias. A menudo las intervenciones en emergencias son incapaces de observar, analizar o fortalecer las contribuciones de las personas con discapacidad. Promocionar y respaldar las capacidades y las responsabilidades de dicho colectivo durante la respuesta a una emergencia servirá para apoyar esfuerzos de socorro y contribuir a las iniciativas de construcción de paz y acabar, así, con la creencia generalizada de que las personas con discapacidad son meros objetos pasivos de ayuda, dependientes y vulnerables.

De este modo, deben estar incluidas en todas las etapas de la emergencia o crisis humanitaria pues, en muchas ocasiones, poseerán experiencias y conocimientos que pueden contribuir a la prevención de un desastre. Por ejemplo, pueden conocer lugares seguros donde refugiarse, estrategias de supervivencia así como estructuras comunitarias y familiares.

Los conocimientos y habilidades de las personas con discapacidad servirán para apoyar esfuerzos de socorro y contribuir a las iniciativas de construcción de paz.

Algunos de los ejemplos en los que las personas con discapacidad pueden participar como sujetos activos en la vida pública serían:

Participación plena

Las personas con discapacidad pueden desempeñar un papel activo en la distribución de recursos y reparto de materiales de socorro. Por ejemplo, ellas mismas conocen sus propias necesidades específicas y, por lo tanto, suelen conocer las necesidades de otras personas con alguna discapacidad y que se encuentran en su misma situación o en una situación similar.

Asimismo, es importante identificar a dicho colectivo como agente activo en el liderazgo de sus comunidades y sus familias, así como hacerlo partícipe en el establecimiento de proyectos psicosociales con el fin de hacer frente a emergencias.

Pueden colaborar en la administración y coordinación de proyectos, en la recopilación de datos tras una emergencia o crisis humanitaria, en los equipos de evaluación mediante entrevistas a domicilio u otras actividades evaluativas, etc. y fomentar, de esta forma, su empoderamiento y participación en la vida pública. Todo ello teniendo en cuenta, por supuesto, sus necesidades específicas y adaptando los servicios a las mismas.

Medios de vida

Después de las emergencias, las personas con discapacidad descubren que experimentan una variedad de desventajas económicas: pérdida de trabajo, falta de pensiones y de programas de reparto, de asistencia social y de alimentos, entre otros. Por este motivo, la res-

tauración del ingreso desempeña un papel primordial en la recuperación de las personas con discapacidad y la contribución que pueden hacer a sus familias y a otras redes de apoyo. Para ello, necesitan ser incluidas en los asuntos generales de la comunidad, en la planificación de programas, en los procesos de toma de decisiones y en la gestión del campo.

Entre los diversos ejemplos, cabe enumerar los siguientes:

- Promover la implicación de las personas con discapacidad en los proyectos de rehabilitación, como suministro de semillas, herramientas y otras aportaciones.
- Respaldar a las personas con discapacidad en el desarrollo de sus propias actividades de generación de ingreso como medio de sustento a su familia, a la comunidad, etc.
- Fomentar la participación de las personas con discapacidad en cursos de formación y capacitación para contribuir a la inclusión de dicho colectivo en los programas y mandatos de las organizaciones humanitarias y de desarrollo.
- Promover la inclusión de las personas con discapacidad en los programas de ahorro y de crédito.
- Llevar a cabo actividades ocupacionales con el fin de fomentar el contacto social, el sentido de autovaloración, independencia (siempre que la discapacidad lo permita) y confianza en uno mismo, en concreto en los campos de desplazados donde no hay muchas oportunidades de generación de ingresos.

Prevención de desastres y resolución de conflictos

Será de vital importancia enseñar a los cuidadores, parientes, familiares, amigos y a las personas con discapacidad mecanismos de resolución de problemas así como ofrecerles programas de formación y capacitación para que todo el mundo resulte beneficiado, no solo las personas con discapacidad. Para ello es necesario:

- Compartir experiencias y conocimientos de las personas con discapacidad en la prevención de desastres.
- Hacer a las personas con discapacidad partícipes en las etapas de una situación de emergencia: prevención, mitigación, preparación para la reducción del riesgo de desastres, etc.
- Fomentar la inclusión de las personas con discapacidad en la resolución de conflictos así como en iniciativas de construcción de paz. En este sentido, cabe destacar la relevancia de sistematizar experiencias, así como tener en cuenta el papel que han desempeñado las personas con discapacidad en el proceso de prevención y resolución de conflictos.

3.4. La inclusión de las personas con discapacidad en los sectores clave de respuesta humanitaria

Dado que, inmediatamente después de la crisis, el acceso de las personas con discapacidad a la asistencia humanitaria suele ser limitado, resulta de vital importancia asegurar su implicación en los programas de asistencia, socorro, rehabilitación, etc. de forma que se reflexione sobre quiénes son los que están recibiendo la ayuda, identificar quiénes son los que más la necesitan y preguntarse de qué forma pueden prepararse en caso de desastres futuros.

La realidad es que existe una importante carencia de información sobre las personas con discapacidad en situaciones de emergencia, que podría deberse, entre otras razones, a la ausencia de datos desglosados durante el proceso de inscripción en el registro y a la falta de orientación del personal encargado del registro a la hora de identificar la discapacidad. Dicha carencia de datos respalda la creencia de que son pocas las personas con discapacidad entre, por ejemplo, las poblaciones desplazadas tras una crisis, lo que agrava su exclusión de los servicios básicos de ayuda.

Con el fin de conseguir la inclusión de las personas con discapacidad en la acción humanitaria, cabe considerar el sistema de ***clusters*** o grupos sectoriales. Gracias a ellos, tendremos un espacio donde incrementar la sensibilización y concienciación entre los agentes humanitarios e incorporar la discapacidad en todos los programas. De este modo, partimos de unas directrices generales que reflejan que la respuesta no radica en crear servicios especiales para las personas con discapacidad sino hacer que dichos servicios se adecuen a las necesidades específicas del colectivo. Para ello, resulta crucial contar con información básica como el grado de acceso a los servicios, los problemas específicos a los que se enfrentan y las necesidades prioritarias de este colectivo; por lo tanto, será necesario llevar a cabo un proceso de recopilación de datos.

Directrices generales

La CDPD protege y fomenta los derechos de las personas con discapacidad. De acuerdo con la Convención, todos los programas de respuesta deben ser inclusivos y accesibles para las personas con discapacidad y asegurar su protección y seguridad.

- Garantizar la no discriminación y promover la inclusión de todos los grupos vulnerables incluyendo a mujeres, niños y niñas, heridos, personas de edad y personas con discapacidad.
- Esforzarse especialmente en la identificación, localización, registro, recopilación de datos y seguimiento de personas con discapacidad y otros grupos vulnerables.
- Incluir cuestiones específicas sobre temas de discapacidad en todas las evaluaciones; asegurarse de que los datos puedan usarse en las intervenciones, se centran en

los obstáculos específicos a los que se enfrentan las personas con discapacidad e identifican sus necesidades particulares.

- Consultar a las personas con discapacidad y animarlas a que participen en la toma de decisiones y en la planificación de respuesta a los desastres. Tener en cuenta las necesidades de este grupo a la hora de diseñar planes de respuesta a corto y largo plazo. Ellas conocen mejor sus necesidades que nosotros.
- Garantizar que las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables puedan acceder a la información que proveamos.
- Sensibilizar y hablar sobre las necesidades básicas y específicas de las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables al tratar estos temas con los gobiernos y trabajadores humanitarios.
- Considerar la organización de un servicio de transporte, un servicio de abastecimiento domiciliario o la inclusión de otros miembros de la comunidad para que ayuden a las personas con discapacidad a acceder a los servicios esenciales.
- Incluir a las personas con discapacidad al contratar personal local o al reclutar voluntarios en actividades determinadas, ya que entenderán mejor las necesidades específicas de otras personas con discapacidad.

Recopilación de datos

En acción humanitaria, resulta imprescindible llevar a cabo una recopilación de datos específicos sobre la discapacidad en los procesos de registro, evaluación rápida de necesidades y seguimiento de la discapacidad.

Entre la información que hay que tener en cuenta, cabe destacar algunos puntos que aparecen enumerados a continuación[29]:

- El tipo de discapacidad (física, sensorial, psicosocial e intelectual).
- Criterios para llevar a cabo la identificación de la discapacidad.
- El nivel de gravedad de cada deficiencia identificada.
- Edad y género de la persona con discapacidad.
- El número de personas con discapacidad por vivienda.
- El inicio de la discapacidad (al nacer, tras el nacimiento y antes de la emergencia humanitaria, como consecuencia del conflicto armado, del desastre natural o de la migración) así como cualquier otro tipo de información que resulte relevante.

---

[29] Información extraída a partir del artículo "Tratar el problema de los datos" de la *Revista Migraciones* sobre *Discapacidad y Desplazamiento.*

- Un listado con las necesidades específicas (acceso a servicios de atención a la salud, transporte, soportes de movilidad u otros dispositivos de ayuda, etc.).
- La situación del cuidador (ninguno, temporal o permanente).

Clusters o grupos sectoriales[30]

▪ Salud, alimentos y nutrición

Las emergencias suelen interrumpir la provisión de servicios esenciales de atención a la salud para las personas con discapacidad, como la medicación para enfermedades crónicas o el acceso a artículos sanitarios específicos. Asimismo, la interrupción de los servicios sanitarios puede conllevar efectos nefastos, pues una simple lesión o enfermedad puede convertirse en una discapacidad permanente. Algunas personas con discapacidad no pueden masticar correctamente alimentos sólidos, no reciben suficientes nutrientes de las raciones de comida, son incapaces de utilizar los utensilios habituales de cocina o no pueden desplazarse por sí mismas (sin ayuda de nadie).

Además, las personas con discapacidad pueden tener un acceso limitado a los servicios de salud o de distribución de alimentos. Las personas con deficiencia visual, auditiva o intelectual podrían no comprender la información sobre la distribución de zonas u horarios; los puntos de distribución y abastecimiento a veces son inaccesibles y están lejos; las personas muy débiles no pueden transportar por sí mismas los artículos de ayuda o las raciones de comida y algunas pueden requerir incluso servicios adicionales para la supervivencia básica como artículos de higiene extra o colchones o mantas.

Dicho esto, resulta de vital importancia que las personas con discapacidad reciban una atención médica apropiada y oportuna con un seguimiento adecuado, de forma que se detecte a tiempo algún tipo de discapacidad o lesión y no se ignore por falta de medios o por falta de conciencia y sensibilización sobre las necesidades específicas de dicho colectivo vulnerable.

Requisitos imprescindibles:

- Identificar y hacer un listado de las personas con discapacidad y de cualquier tipo de necesidad específica que tengan. Evaluar sus necesidades de forma independiente y teniendo en cuenta la importancia de la “heterogeneidad” en dicho colectivo.
- Garantizar el acceso a los servicios de salud esenciales como provisión de artículos básicos o tratamientos para enfermedades crónicas y asegurarse de que

[30] Información extraída de “Disabilty Checklist for Emergency Response” elaborado por Handicap International (http://www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf) y de la Revista *Migraciones Forzadas*: (http://www.migracionesforzadas.org/discapacidad/RMF35.pdf)

las necesidades de cada una de las personas con discapacidad son satisfechas. Por medio de una intervención temprana, la gravedad de la discapacidad funcional puede verse reducida y la independencia de la persona con discapacidad puede verse incrementada.

- Desarrollar programas de cuidado a domicilio y ofrecer servicios de rehabilitación como parte de los servicios sanitarios básicos.
- Distribuir artículos básicos adicionales para las personas con discapacidad, como alimentos energéticos, artículos de higiene, colchones, mantas y camas, artículos adaptados como pajitas o cucharas.
- Considerar los riesgos nutricionales para las personas con discapacidad: incluirlos en programas suplementarios de alimentación.
- Establecer sistemas que protejan a los más vulnerables: adaptación de sistemas de distribución para incorporar colas prioritarias y separadas, puntos de distribución más cercanos a la población afectada y ayuda para transportar los artículos recibidos, etc.
- Desarrollar programas psicosociales que cuenten con la ayuda y la participación de las personas con discapacidad.
- Garantizar que todo el personal sanitario conoce los diferentes servicios especializados disponibles y se les ha formado en cómo responder de forma adecuada ante una emergencia o crisis humanitaria y en tratar las necesidades específicas de las personas con discapacidad.
- Elaborar un sistema claro y específico para los servicios especializados dentro de la institución y con otros recursos sanitarios (prótesis, tests auditivos, etc.).
- Hacer un seguimiento para garantizar que, tras haber recibido los cuidados médicos necesarios, se recuperan correctamente y sus necesidades sanitarias han sido satisfechas.

- **Accesibilidad de la comunicación:**
  - Asegurar que la promoción de la salud y los mensajes de prevención llegan a las personas con discapacidad visual, auditiva, intelectual, mental, etc. (sistema de Braille, altavoces/ radio, etc.).
  - Encontrar alternativas para que todas las personas que permanecen en sus hogares cuentan con los servicios básicos para hacerles llegar los mensajes (entrega a domicilio, provisión de radios, etc.).
  - Garantizar que los servicios sanitarios existentes están bien divulgados de forma que las personas con discapacidad y sus familias saben dónde encontrar ayuda.

▪ Agua, higiene y saneamiento (AHS)

Es muy frecuente que los servicios de agua, higiene y saneamiento (AHS o WASH, por sus siglas en inglés) no sean accesibles para las personas con discapacidad. Las superficies desniveladas, los escalones o las puertas estrechas pueden ser restricciones importantes en relación con la movilidad de las personas con discapacidad. Las largas distancias entre los puntos de acceso al agua potable o letrinas pueden presentar problemas adicionales. El diseño de los puntos de acceso al agua, de las zonas de baño y de las letrinas también pueden dificultar su uso.

El acceso a los servicios de AHS constituye una necesidad esencial para todas las personas. De este modo, resulta de vital importancia promover el acceso igualitario a través de la accesibilidad física, una comunicación adecuada y una actitud positiva dirigida a alentar a las personas con discapacidad a utilizar dichos servicios accesibles.

Requisitos imprescindibles:

– Accesibilidad a los puntos de AHS

- Garantizar que los puntos de AHS cumplen con los principios básicos de accesibilidad de manera que al menos un 10% de las instalaciones de AHS sean accesibles y seguras.
- Involucrar a las personas con discapacidad en las fases de diseño.
- Priorizar aquellas personas con lesiones o algún tipo de discapacidad haciendo una cola especial para evitar largas esperas.

– Comunicación

- Utilizar canales apropiados de comunicación en el momento en el que se transmitan mensajes de prevención, así como de promoción de la higiene y de distribución de agua: comunicación verbal o mediante el sistema Braille para las personas con discapacidad visual, con material escrito, símbolos o lengua de signos para las personas con una deficiencia auditiva, así como un lenguaje simple y dibujos para las personas con discapacidad intelectual.

– Higiene

- Algunas personas con discapacidad pueden necesitar artículos específicos de higiene complementarios por lo que hay que considerar la distribución de dichos artículos en los kits de higiene.

– **Recipientes de agua**

- Diseñar recipientes específicos de agua para aquellas personas con algún tipo de lesión o discapacidad (personas en silla de ruedas, personas que utilizan algún soporte de movilidad, niños y niñas, etc.).
- Desarrollar una red social para apoyar a las personas con discapacidad para que disfruten de un acceso equitativo al agua.
- Monitorear el acceso al agua para las personas con discapacidad.

– **Letrinas**

- Construir una rampa a la entrada.
- Construir letrinas adecuadas para las personas con discapacidad, atendiendo sus necesidades específicas (por ejemplo: incluirán pasamanos o barandillas a una altura apropiada).
- Contar con suficiente espacio para aquellas personas en silla de ruedas así como construir puertas cuyas medidas cumplan con la normativa establecida para las personas con discapacidad.
- Asegurarse de que están situadas en lugares seguros y al menos un 10% de las letrinas son accesibles.

Protección y apoyo psicosocial

Las personas con discapacidad suelen ser víctimas de abusos físicos,sexuales o emocionales. Las violaciones y la exclusión pueden ser motivo de barreras comunicativas que les dificulte el acceso a los mecanismos de reclamación, por la incapacidad de pedir ayuda o huir, por no poder comprender mensajes relevantes o, simplemente, por no haber sido incluidas en los sistemas de protección (como es el caso de las mujeres y los niños y niñas).

> *"Durante los desplazamientos que tuvieron lugar en 2010 en Pakistán, por ejemplo, un chico de 21 años con discapacidad intelectual se escapó de un campo de desplazados a través de un agujero en la valla, fue atropellado por un coche y le encontraron cuatro días más tarde vagando por la calle herido. Al tratarse de una persona adulta, no encajaba en ninguna de las categorías de "alto riesgo" para su protección".*

Revista *Migraciones Forzadas (2010). Discapacidad y desplazamiento*

Los riesgos de seguridad como la falta de iluminación adecuada y las largas distancias hasta instalaciones básicas como las letrinas constituyen graves obstáculos para las personas con movilidad reducida o con una deficiencia visual. La información esencial sobre los planes de ayuda (sistemas de protección, resolución de conflictos, etc.) se pierde porque puede que las personas con discapacidad no puedan ver u oír los mensajes, entre otros.

De este modo, las personas con discapacidad (sobre todo, aquellas que dependen de sus cuidadores) pueden afrontar grandes niveles de ansiedad psicosocial en los contextos de emergencia pues ya no cuentan con el apoyo social, sumado al incremento de dependencia a causa de los cambios generados en el entorno físico.

Requisitos imprescindibles

– Proximidad y accesibilidad a las instalaciones existentes

- Incluir a todos los hombres y mujeres de cualquier edad con discapacidad en todas las iniciativas de protección.
- Ubicar a las personas con discapacidad en lugares próximos a servicios esenciales y asegurar su protección.

– Derechos, información y reunificación

- Ayudar a las personas con discapacidad que presenten dificultades a la hora de comunicarse para completar informes importantes y recuperar la documentación perdida.
- Proporcionar la información en un lenguaje sencillo y usar al menos dos formas de comunicación (una oral y otra escrita) y garantizar que llega a todas las personas con discapacidad (independiente de la deficiencia que presenten).

– Protección contra los abusos emocionales

- Restablecer las redes de apoyo e incluir a las personas con discapacidad así como a sus cuidadores en iniciativas de carácter psicosocial. Contar con el apoyo de otras personas con discapacidad, pues pueden llegar a sentirse más cómodas si comparten sus sentimientos con aquellas que se encuentran en su misma situación o presentan algún tipo de discapacidad.
- Garantizar que todos los datos están desglosados por género y edad, de forma que se pueda establecer el tipo de protección requerida. Los hombres y las mujeres con discapacidad se enfrentan a una crisis humanitaria de diferente manera. La mujer, por el simple hecho de ser mujer, es doblemente vulnerable y tiene un menor acceso tanto a actividades de socorro como de reconstrucción. Este hecho puede deberse a la sobreprotección por parte de las familias, a una

baja autoestima y a poca confianza en sí misma, a la carencia de soportes de movilidad, así como a otros muchos obstáculos. De este modo, resulta de vital importancia garantizar que las mujeres con discapacidad participan de forma activa en las redes de apoyo de la comunidad y en la toma de decisiones, están incluidas en todas las evaluaciones de vulnerabilidad y se fomenta su participación en las actividades de socorro, prevención, respuesta en casos de emergencia y reconstrucción, así como en la toma de decisiones.

- Los niños y niñas con discapacidad son extremadamente vulnerables. Son propensos a la explotación, a la violencia y al abuso; asimismo, se enfrentan a obstáculos adicionales como el aislamiento, la falta de confianza y barreras comunicativas, de forma que les resulta más difícil buscar ayuda. De esta forma, es importante garantizar que los niños y niñas con discapacidad están incluidos en todas las evaluaciones de vulnerabilidad.

– Inclusión en iniciativas existentes

- Incluir preguntas específicas de discapacidad en las evaluaciones (por ejemplo, qué intervenciones especiales pueden ser necesarias para ayudar a las personas a afrontar la nueva discapacidad).
- Incluir a las personas con discapacidad en todas las evaluaciones; la implementación y el monitoreo no solo asegura que sus necesidades sean cubiertas sino que fomenta su bienestar psicosocial.
- Formar a los trabajadores de forma que se promueva la inclusión de las personas con discapacidad en todas las intervenciones (un enfoque inclusivo, un lugar accesible, etc.).
- Adaptar las actividades y usar diferentes formas de comunicación de modo que los niños y niñas, así como los adultos con distintos tipos de discapacidad puedan participar.
- Asegurar que las personas con discapacidad se involucran en las actividades psicosociales establecidas; al mismo tiempo, dedicar apoyo para la organización de grupos de autoayuda y/u otras iniciativas específicas. Esto incluye dedicar tiempo y ofrecer espacio a las personas con discapacidad y/o sus cuidadores para reunirlos.

▪ Reconstrucción y refugio

Tras la respuesta a una crisis, una de las consecuencias comunes es la pérdida del hogar. Las personas con discapacidad son reubicadas en casas de familiares y, en muchas ocasiones, deben encontrar refugio por sí mismas. Si intentan integrarse en grupos ya formados, cabe la posibilidad de que sean rechazadas, por el simple hecho de presentar algún tipo de discapacidad incrementándose así el factor de exclusión.

De esta forma, resulta de vital importancia incluir a las personas con discapacidad en los planes de reconstrucción para garantizar el acceso a los refugios, escuelas, centros de salud y otros edificios públicos, así como asegurar que dichas instalaciones sean accesibles y seguras.

– Participación de las personas con discapacidad

- Implicar a las personas con discapacidad en los planes de reconstrucción participativa y asegurarse que participan en la toma de decisiones para las sesiones de planificación; esto incluye el desarrollo de diseños de construcción e inclusión de las personas con discapacidad en los equipos de construcción.

– Normas de reconstrucción

- Utilizar un diseño universal o códigos de accesibilidad específicos por país (donde existan) con el objetivo de garantizar normas mínimas de accesibilidad a edificios públicos y privados. Para una construcción temporal/de emergencia, si esto no fuera posible, puede recurrirse a simples adaptaciones prácticas que pueden tener incluso un mayor impacto.
- En lo que a refugio temporal se refiere, evitar obstáculos (por ejemplo, cuerdas de tiendas de campaña, agujeros en el terreno sin tapar, etc.); asegurar que los senderos son llanos, no resbaladizos y tienen, al menos, una anchura de 90 cm; colocar pasamanos o cuerdas en los lugares en los que el terreno está desnivelado o próximo a escalones o rampas.
- Construir viviendas adaptadas para personas con discapacidad con el fin de atender sus necesidades específicas.
- Reubicar a las personas con discapacidad y a sus familias cerca de las instalaciones básicas.
- Construir todos los edificios públicos utilizando parámetros accesibles: incluye acceso físico (rampas, puertas/ventanas según las normas básicas, iluminación, etc.) y acceso comunicativo (lenguaje, dibujos, tamaño/color de la señalización).

▪ Medios de vida

Es una práctica común que las personas con discapacidad queden excluidas de las actividades generadoras de ingresos debido a la falta de recursos o de accesibilidad, entre otros. Muchas no pueden ser partícipes de los programas de trabajo por dinero (o alimentos) debido a la creencia de que dicho colectivo no puede involucrarse en los planes laborales por el tipo de trabajo o la falta de flexibilidad en las actividades a realizar. Además, es frecuente que al diseñar programas destinados a la recuperación de medios de vida, dicho colectivo no aparezca contemplado en su planificación, bien porque se presupone que al ser personas con discapacidad no tienen las capacidades necesarias o bien porque su diseño no incluye sus necesidades específicas y sus particularidades.

Dicho esto, con las herramientas apropiadas y una formación adecuada, muchas personas con discapacidad pueden participar en las actividades generadoras de ingresos. Además de promover la confianza en uno mismo, también contribuye a dejar a un lado la percepción de que las personas con discapacidad constituyen una carga para la sociedad y son meros receptores pasivos de ayuda.

Requisitos imprescindibles

- Incluir a las personas con discapacidad y a sus respectivas familias en evaluaciones de medios de vida y en programas de trabajo por dinero, así como otros de recuperación laboral.
- Asegurar que la formación vocacional, los planes de microcrédito y otras oportunidades de mejora de medios de vida incluyen a las personas con discapacidad.
- Garantizar que las personas con discapacidad reciben información sobre oportunidades de formación vocacional/distribución de herramientas y equipamiento, etc. mediante el uso de canales de comunicación apropiados. Por ejemplo, comunicación verbal o Braille para las personas con discapacidad visual; material escrito, símbolos o lengua de signos para aquellas con discapacidad auditiva y dibujos y lenguaje sencillo para las que presentan dificultades comunicativas o tienen un cierto grado de analfabetismo.
- Dado que las personas con discapacidad suelen ser excluidas de los programas de trabajo por alimentos o de microcréditos, cabe identificar qué acción será la más adecuada, así como considerar la posibilidad de modificar actividades o proporcionar una alternativa para asegurar que pueden tener acceso a alimentos e ingresos.

▪ Educación

Los obstáculos que dificultan a las personas con discapacidad el acceso a la educación en contextos estables se incrementan en situaciones de crisis humanitaria. Muchas veces, las escuelas temporales no son accesibles, el personal docente carece de materiales para dar clase o de la formación para incluir a niños y niñas con discapacidad y no hay un equipamiento apropiado.

De este modo, resulta de vital importancia hacer esfuerzos para asegurar que las escuelas temporales sean inclusivas para los niños y niñas con discapacidad (a través de la sensibilización y concienciación del personal, materiales y equipamiento adecuado y una adecuada accesibilidad a las instalaciones).

Requisitos imprescindibles

– Instalaciones escolares

- Asegurarse de que los escalones son de poca altura (preferiblemente de 10 centímetros), amplios y profundos y que existe una rampa para poder acceder a la escuela.
- Asegurarse de que los pasamanos están colocados a ambos lados de los escalones y a una altura apropiada para los niños y niñas.
- Garantizar que las puertas son lo suficientemente amplias como para que puedan pasar por ella niños y niñas con soportes de movilidad, tales como sillas de ruedas (al menos 80 cm.)
- Asegurarse de que los suelos no son resbaladizos y no debe haber barreras u obstáculos en ellos.
- Garantizar que hay suficiente espacio para moverse en el interior con soportes de movilidad (al menos en un círculo con diámetro de 90 cm.)

– Inclusión de niños y niñas con discapacidad

- Identificar (con los padres, los profesores, los niños y niñas, etc.) quién está participando y quién no en la actividad de la educación y por qué.
- Sugerir soluciones y brindar apoyo especial a los niños y niñas con discapacidad. Controlar regularmente sus progresos incluyendo a la comunidad.
- Garantizar la plena participación de los niños y niñas con discapacidad, haciendo que se sientan acogidos y animándoles constantemente.
- Mejorar el entorno físico para que sea más seguro y accesible.

– Apoyo al profesorado

- Asegurarse de que alguien del equipo educativo comprenda la educación inclusiva y tenga la responsabilidad de controlar la inclusión.
- Apoyar a los profesores para que desarrollen comprensión y confianza al trabajar con niños y niñas con diferentes tipos de discapacidad apoyándose en lo que ya saben y hacen.
- Abordar cuestiones de lenguaje apoyando la enseñanza de lengua de signos y otros métodos de comunicación.
- Fomentar el trabajo en equipo. Profesores que se apoyan entre ellos identificando los problemas de los alumnos y buscando soluciones. Niños y niñas ayudándose dentro y fuera del colegio.
- Comprometerse con la ardua resistencia que hay a una mayor inclusión; destacar los beneficios de los cambios, por pequeños que sean, y de los logros; hacer la educación acogedora para todos; adaptar el sistema al alumno más que esperar que el alumno se adapte al sistema.

4. Marco conceptual y jurídico. La Convención: ¿un camino hacia la igualdad?

4.1. De la teoría a la práctica

La teoría

Las personas con discapacidad continúan siendo uno de los colectivos más excluidos en todas las sociedades. Si bien es cierto que el régimen internacional de los derechos humanos ha cambiado la vida de muchas personas en el mundo, también cabe subrayar que las personas con discapacidad no han recibido los mismos beneficios. Independientemente de los derechos humanos, dicho colectivo suele ser el más desfavorecido en cuanto a respeto de sus propios derechos.

El artículo 11 constituye un instrumento muy potente destinado a garantizar que las personas con discapacidad estén incluidas en todos los aspectos de la intervención humanitaria, desde la recuperación hasta la rehabilitación, reconstrucción y reasentamiento.

De este modo, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) nace a partir de la reacción de la comunidad internacional ante la larga trayectoria de marginación,

discriminación, invisibilidad y deshumanización a la que están sometidas. Así, garantiza que uno de los colectivos vulnerables más numeroso disfrute de los mismos derechos y oportunidades que el resto.

Se determina que los derechos de todas las categorías son aplicables a las personas con discapacidad y se establecen las esferas en que deben incluirse algunas modificaciones con la finalidad de que puedan ejercer sus derechos, se elimine toda forma de discriminación y violación de los mismos, y se analice en qué aspectos relevantes se debe profundizar para fortalecer la protección de sus derechos.

El artículo 11 de la Convención hace especial énfasis en las obligaciones de los Estados Parte hacia las personas con discapacidad en las situaciones de emergencia y crisis humanitaria. Si bien es cierto que no establece de manera explícita las medidas que los Estados Parte deberían emprender en dichas situaciones, el presente artículo refiere a la urgente necesidad por parte de los mismos de asegurar que cumplen con sus responsabilidades respecto a los derechos humanos internacionales y el Derecho Internacional Humanitario (DIH) hacia las personas con discapacidad. Junto con otros artículos importantes de la CDPD, como el artículo 4 (Obligaciones Generales), el artículo 5 (Igualdad y no discriminación), el artículo 9 (Accesibilidad), el artículo 10 (Derecho a la vida), el artículo 17 (Protección de la integridad personal), el artículo 19 (Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad) y el artículo 32 (Cooperación Internacional), el artículo 11 constituye un instrumento muy potente destinado a garantizar que las personas con discapacidad estén incluidas en todos los aspectos de la intervención humanitaria, desde la recuperación hasta la rehabilitación, reconstrucción y reasentamiento.

CDPD. Artículo 11 – Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias[31]
Los Estados Parte adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

[31] El documento online puede verse en el siguiente enlace:
http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=13&pid=497

▪ Un recorrido por la historia. ¿Por qué es necesario una CDPD?

La CDPD se aprueba en diciembre de 2006 y su Protocolo Facultativo entra en vigor el 3 de mayo de 2008. Dicha Convención implica un "cambio de paradigma" en los criterios y conducta respecto de las personas con discapacidad con el fin de "promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente" (ONU, 2006a).

Precedentes principales de la CDPD
Carta Internacional de Derechos Humanos: ▪ 1948 - Declaración Universal de Derechos Humanos. ▪ 1966 - Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ▪ 1966 - Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. **Otros Instrumentos de las Naciones Unidas y de la OIT que se ocupan específicamente de los derechos humanos y la discapacidad:** ▪ 1971 - Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. ▪ 1975 - Declaración de los Derechos de los Impedidos. ▪ 1982 - Programa de Acción Mundial para los Impedidos. ▪ 1983 - Convenio de la OIT sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas. ▪ 1990 - Directrices de Tallin para el desarrollo de los recursos humanos en la esfera de los impedidos. ▪ 1991 - Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. ▪ 1993 - Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

Fuente: ONU, 2007

Las personas con discapacidad dejan atrás la imagen de meros "objetos" de caridad y compasión para ser consideradas "sujetos" activos de la sociedad, con los mismos derechos y oportunidades que el resto.

La Convención avanza hacia un nuevo enfoque, en el cual las personas con discapacidad dejan atrás la imagen de meros "objetos" de caridad y compasión para ser consideradas "sujetos" activos de la sociedad, con los mismos derechos y oportunidades que el resto, con plena autonomía y capaces de tomar decisiones en la vida pública.

Entre los principales motivos que han obligado a la comunidad internacional a aprobar la CDPD cabe enumerar los siguientes:

– **La "invisibilidad" de las personas con discapacidad.** Aunque existen diversos instrumentos internacionales destinados a proteger sus derechos, su conocimiento a nivel local es limitado. A excepción del artículo 23 de la Convención de los Derechos del Niño, las principales convenciones de derechos humanos no hacen referencia expresa-

mente a las personas con discapacidad ni los gobiernos actúan debidamente para garantizar que dicho colectivo goce plenamente de sus derechos humanos. En este sentido, es imprescindible "visibilizar" a las personas con discapacidad dentro del sistema de derechos humanos de la ONU, mediante su participación como beneficiarios, agentes del desarrollo y de la asistencia humanitaria, verificando que los programas y políticas sean accesibles e inclusivos para el citado grupo.

– **La necesidad de una herramienta jurídicamente vinculante.** Basada en numerosos convenios y tratados ya existentes de la ONU (como, por ejemplo, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer –CEDAW- y la Convención sobre los Derechos del Niño –CDN-), la CDPD es el primer y único acuerdo internacional que determina, de manera explícita, los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito del derecho internacional.

Aunque existen diversos instrumentos internacionales destinados a proteger los derechos de las personas con discapacidad, su conocimiento a nivel local es limitado.

– **El rol de las personas con discapacidad en el desarrollo y la asistencia humanitaria**. Si bien es cierto que los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) están destinados a mejorar la vida de millones de personas de los países más pobres del mundo, en la actualidad no se contempla la discapacidad en los indicadores y metas que contribuyen a evaluar y controlar el cumplimiento de los ODM. Asimismo, las personas con discapacidad suelen estar excluidas de los planes nacionales e internacionales de reducción de la pobreza. Las catástrofes naturales pueden ser el factor desencadenante de muchos tipos de discapacidad y un medio inaccesible imposibilita la participación de las personas con discapacidad en la vida pública. De este modo, los ODM no se lograrán si todas las personas en la sociedad, incluidas las personas con discapacidad, no gozan de los mismos derechos y libertades fundamentales.

▪ La práctica

Datos de la ONU desvelan que la inclusión de las necesidades así como la participación en la sociedad de las personas con discapacidad en cada una de las fases del proceso de gestión de desastres, sobre todo en las etapas iniciales de planificación y preparación, ayudaría a reducir de manera significativa su vulnerabilidad, contribuiría a garantizar el pleno y libre ejercicio de sus derechos e incrementaría la eficacia de los gobiernos en materia de respuesta y recuperación. Sin embargo,

La inclusión de las necesidades así como la participación en la sociedad de las personas con discapacidad en cada una de las fases del proceso de gestión de desastres ayudaría a reducir de manera significativa su vulnerabilidad.

pese a que cada vez hay un mayor compromiso en lo que respecta al incremento de la sensibilización y concienciación acerca de la CDPD en el mundo, no se están elaborando programas adecuados para las personas con discapacidad en situaciones de emergencia y crisis humanitaria. "No es tarea fácil hacer que los gobiernos que han firmado o ratificado dichos mecanismos sigan siendo responsables, especialmente en época de catástrofes" (Phillips et al., 2010: 23 - 24).

Tras un desastre, las personas con discapacidad se encuentran "perdidas". Se enfrentan a barreras considerables en cada una de las etapas de la crisis humanitaria y los desplazamientos internos: cuando escapan, cuando se encuentran dentro y en los alrededores de los campos, en el camino o cuando regresan a sus respectivos hogares. En términos generales, los gobiernos no han comunicado a las organizaciones de control del tratado sobre la forma en la que están aplicando las diferentes convenciones de los derechos humanos en el caso de las personas con discapacidad; las organizaciones de control, a su vez, han actuado de forma negligente al no solicitar información al respecto.

Afrontar estos retos implica la inclusión de las organizaciones de personas con discapacidad en todo programa de Reducción del Riesgo de Desastres (RRD) -mediante la participación activa y el empoderamiento de las personas con discapacidad en todas las actividades de gestión de desastres, entre otros-, en los procesos de rehabilitación y recuperación y en los mecanismos de coordinación entre los diferentes organismos. Dichos aspectos constituirán puntos clave para otorgar protagonismo a las necesidades inmediatas y a largo plazo de las personas con discapacidad en situaciones de emergencia y crisis humanitaria.

Las personas con discapacidad no disfrutan de los siguientes derechos básicos
▪ Recibir una educación. ▪ Desplazarse de forma libre de un lugar a otro. ▪ Llevar una vida independiente en la comunidad. ▪ Conseguir empleo, aun cuando tenga la preparación requerida. ▪ Tener acceso a información. ▪ Conseguir la debida atención médica. ▪ Tomar sus propias decisiones.

Fuente: ONU, 2007

– ¿Qué se espera con la nueva Convención? (OMPD, 2006)

“No es tarea fácil hacer que los gobiernos que han firmado o ratificado dichos mecanismos sigan siendo responsables, especialmente en época de catástrofes” (Phillips et al., 2010: 23 - 24).

La Convención contribuye a que las personas con discapacidad tengan vidas dignas. Ayuda a modificar conductas y actitudes negativas hacia dicho colectivo, aumenta su visibilidad, disminuye la discriminación en contra de la discapacidad y aclara las obligaciones en materia de derechos humanos hacia el citado grupo. Asimismo, contribuye a la mejora de la rendición de cuentas y ofrece un marco de toma de decisiones donde las personas con discapacidad gocen de plena autonomía y participen en la vida pública.

- **Modificar actitudes.** La Convención está destinada a proporcionar una imagen activa de las personas con discapacidad, de forma que disminuya la exclusión y discriminación en contra de la discapacidad. De esta forma, la visión que se tiene de dicho colectivo se verá modificada, dejando a un lado el enfoque victimista o caritativo, como mero receptor de ayudas y sujeto pasivo. Las personas con discapacidad, como ciudadanos de pleno derecho, se convertirán en individuos con poder, experiencia, capacidades y derechos.
- **Incrementar la “visibilidad”.** La Convención da voz a las personas con discapacidad como ciudadanos protagonistas de sus propias vidas; creará la base para la sensibilización, concienciación y educación sobre los derechos de las personas con discapacidad así como para la eliminación de toda forma de discriminación que experimenta dicho grupo, incluyendo las diferentes formas en que se discrimina en contra de mujeres y hombres.
- **Clarificar responsabilidades** de derechos humanos de los gobiernos hacia las personas con discapacidad. De esta forma, en la Convención quedan detallados sus derechos y los estándares mínimos de acción necesarios para garantizar su protección y seguridad.
- **Mejorar la rendición de cuentas,** verificando el cumplimiento de los gobiernos con otras convenciones principales de derechos humanos. Asimismo, ofrecerá un sistema para erradicar la violación de los derechos de las personas con discapacidad y controlará la situación de los derechos humanos de dicho colectivo. Mediante un monitoreo de su implementación, contribuirá a fomentar un diálogo continuo entre la sociedad civil, ONG, sector privado, estados miembros y personas con discapacidad.
- **Establecer sistemas de cooperación internaciona**l, a través de los cuales las organizaciones de discapacidad, los gobiernos y otros participantes intercambien puntos de vista y trabajen para contribuir a la mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

4.2. Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH). La CDPD: un "cambio de paradigma"

El EBDH constituye un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano; se centra en la protección y promoción de los derechos humanos así como en su legislación internacional.

"Desde la perspectiva de los derechos humanos, la caridad por sí misma no es suficiente" (OACDH, 2006: 22). Así, "la CDPD constituye el primer documento internacional jurídicamente vinculante que aborda la discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos (a diferencia de los enfoques tradicionales que lo consideraban como un asunto caritativo, médico o de bienestar social") (OMPD, 2006). He aquí el surgimiento de un nuevo planteamiento que nace a partir del denominado *modelo de la diversidad* (ya citado anteriormente), considerado como "un cambio del paradigma", en el que se subraya el valor moral de todas las personas, independientemente de sus "capacidades o dis-capacidades" y, por lo tanto, la importancia de que sus derechos humanos sean garantizados (Toboso y Arnau, 2008: 4).

La CDPD constituye el primer documento internacional jurídicamente vinculante que aborda la discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos.

A partir del surgimiento del citado *modelo,* el concepto de *discapacidad* adquiere un estatus moral por medio del cual toda persona con discapacidad, independientemente del tipo y nivel de deficiencia, adquiere la misma condición de humanidad y dignidad, de forma que toda discriminación o exclusión será considerada como una violación de sus derechos humanos. De esta forma, los titulares de deberes (protagonistas, junto con los titulares de derechos del enfoque basado en derechos) tendrán como finalidad alcanzar "la realización de los derechos humanos", modificando las conductas de discriminación así como la injusta distribución de poder que impiden el proceso en la sociedad.

Con la aprobación de la CDPD, la discapacidad cuenta actualmente con una herramienta poderosa que ayudará a definir su trabajo en términos de derechos humanos y garantizará el cumplimiento del objetivo anteriormente mencionado: "el pleno cumplimiento de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos los seres humanos". Para ello, cabe destacar las siguientes características que todo EBDH debe presentar (OMPD, 2006):

- **Vínculo directo con los derechos humanos.** Resulta de vital importancia relacionar los temas de discapacidad con la amplia gama de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales así como hablar sobre los asuntos de discapacidad no simplemente como necesidades sino también como derechos jurídicamente vinculantes.

- **Responsabilidad.** Usar un Enfoque Basado en Derechos Humanos implica identificar los *titulares de derechos* (los individuos que exigen sus derechos) y los *titulares de deberes* (aquellos que tienen la responsabilidad de proteger y garantizar el cumplimiento de sus derechos humanos).
- **Empoderamiento.** Alude a la importancia de fomentar el empoderamiento de los titulares de derechos, de forma que tomen sus propias decisiones y participen de forma activa en la vida pública. De esta forma, a los titulares de derechos se les concede "el poder, las aptitudes, el acceso y las capacidades" necesarios para poder exigir sus derechos humanos.
- **Participación.** El Enfoque Basado en Derechos Humanos precisa la *plena participación de todas las partes interesadas.* Para ello, será necesario un mayor vínculo con los beneficiarios y beneficiarias y sus expectativas.
- **No discriminación y áreas de atención específica a los colectivos vulnerables.** Es importante otorgar una especial atención a los colectivos vulnerables (personas mayores, personas con discapacidad, mujeres, niños y niñas, etc. entendidos además como titulares de derechos y capacidades) y a temas relacionados con la marginación, exclusión, discriminación, equidad e igualdad. De este modo, se contribuirá a garantizar el pleno ejercicio de sus derechos humanos, identificando barreras y los vínculos entre ellas con el fin de erradicarlas.

La inclusión del EBDH planteará numerosos desafíos y, por lo tanto, resultará de vital importancia vencer las limitaciones del mero asistencialismo e ir avanzando en "la igualdad de todos los seres humanos en derechos", mediante un esfuerzo de creatividad y de adaptación a los distintos contextos y realidades (Rey, F. 2011: 17).

Capítulo 4. Donantes y financiación[32]

1. Introducción

> ***Solo un 1% de la ayuda humanitaria está destinada a ambos colectivos.***

Cada año, aproximadamente 350 millones de personas se ven gravemente afectadas por crisis humanitarias, entre las cuales las personas mayores y las personas con discapacidad representan un porcentaje bastante elevado. A ello, cabe sumarle que solo un 1% de la ayuda humanitaria está destinada a ambos colectivos. He aquí la existencia de una gran brecha entre las necesidades de las personas mayores y/o personas con discapacidad y el nivel de ayuda humanitaria proporcionada con el fin de satisfacer sus necesidades básicas.

El análisis de 6.003 proyectos presentados por Naciones Unidas y realizados entre 2010 y 2011, en el marco de 14 Procesos de Llamamientos Consolidados (CAP – Consolidated Appeals Process) y cuatro llamamientos inmediatos refleja que:

- Solamente 61 proyectos financiados (1%) se destinaron a las personas mayores o a las personas con discapacidad.
- En 20 países, no existen proyectos dirigidos a las personas mayores. Entre ellos, cabe destacar República Centroafricana, Chad y 16 países de África occidental.
- La financiación de proyectos destinados a personas con discapacidad se redujo entre 2010 y 2011 (del 0,7% al 0,43% de toda la financiación).

Durante las crisis humanitarias, las personas mayores y las personas con discapacidad se enfrentan a grandes retos relacionados con la movilidad, el acceso a determinados servicios (incluyendo la asistencia humanitaria) y a serios obstáculos a la hora de encontrar una fuente de ingresos. Si no se toman medidas prácticas al respecto, las necesidades de estos colectivos vulnerables seguirán siendo ignoradas. Por lo tanto, resulta de vital importancia que las organizaciones de ayuda humanitaria garanticen que la evaluación y el análisis de las necesidades en terreno tengan en consideración a todos los grupos poten-

[32] La información de dicho capítulo ha sido extraída y traducida por Marta de la Nuez, colaboradora del IECAH e intérprete jurado de lengua inglesa, del informe elaborado por HelpAge International y Handicap International, al cual se puede acceder a través del siguiente enlace: http://iecah.org/web/images/stories/A_study_of_humanitarian_financing.pdf

cialmente vulnerables y, para ello, es esencial contar con una ayuda humanitaria adecuada y dirigida en los casos en los que se considere necesario.

2. Financiación humanitaria para personas mayores

En 2010, HelpAge analizó el Proceso de Llamamiento Consolidado (CAP) y Llamamientos Inmediatos (Flash Appeals) de 12 crisis humanitarias entre los años 2007 y 2010 con el fin de evaluar el grado en que se reconocieron y financiaron las necesidades de las personas mayores. Aunque el estudio no constituye la base sobre la que se apoya el presente informe, sí que evidencia la tendencia que respaldan las investigaciones más recientes, esto es, que la respuesta proporcionada a las necesidades de las personas mayores es "incoherente, impredecible y se encuentra lejos de ser proporcional a la escala de necesidades". Así pues, solo 18 proyectos de los 1.912 analizados en 2010 (lo que representa un 0,94%) contaban con actividades dedicadas a personas mayores y solo 5 (0,2%) obtuvieron financiación. Asimismo, en 5 países y 5 sectores evaluados no encontramos proyectos enfocados en las personas mayores.

A continuación, se detalla la información entre 2010 y 2011 del CAP y Llamamientos Inmediatos que, sin duda, ilustra la tendencia relativa a una ejecución (y financiación) limitada y esporádica de proyectos diseñados para satisfacer necesidades específicas de personas mayores, quienes cada vez más representan una mayor parte de la población mundial.

Resultados: proyectos y agencias

- El número completo de proyectos con actividades destinadas a personas mayores aumentó en un 40%, esto es, de 19 en 2010 (0,66% de todos los proyectos, 8 de los cuales se financiaron), hasta un 28% en 2011 (0,89%, 10 de ellos financiados).
- Durante estos dos años, la mitad de dichos proyectos (24) iban dirigidos exclusivamente a personas mayores. HelpAge International presentó 21 de estos proyectos, Merlin (socio de HelpAge) dos y Human Appeal International uno.
- De los 47 proyectos que incluían al menos una actividad destinada a personas mayores, en la mayoría de los casos (es decir, 22 proyectos) esto supuso menos del 25% de las actividades.

En 2010, el mecanismo rápido de valoración de las necesidades en Haití reveló que las personas mayores representaban el grupo más vulnerable que se vio afectado por el seísmo.

- 21 países del CAP no cuentan con ningún proyecto de esta naturaleza, a saber, República Centroafricana, Chad, República de Sudán del Sur, África occidental (que comprende 16 países), Yemen y Zimbabue.
- Los países que componen África occidental tienen, por lo general, un alto porcentaje de población joven. No obstante, esto no quiere decir que se deba pasar por alto las necesidades de las personas mayores dentro de los llamamientos humanitarios. Muchas de las crisis de esta región giran en torno a la inseguridad alimentaria y a los conflictos, factores que pueden tener una mayor repercusión en la salud y el bienestar de las personas mayores.
- HelpAge International está presente en varios países con proyectos que disponen de actividades para personas mayores, como en Haití, Territorios Palestinos Ocupados, Sudán, la República Democrática del Congo y el Cuerno de África. Esto indica que la respuesta humanitaria para las personas mayores se basa aún en la presencia de agencias especializadas.
- En 2010, el mecanismo rápido de valoración de necesidades en Haití conocido como RINAH (Rapid Initial Needs Assessment for Haití) reveló que las personas mayores representaban el grupo más vulnerable que se vio afectado por el seísmo. Aún así, en 2011 de los 7 proyectos dirigidos a personas mayores en Haití ninguno recibió financiación. Incluso 5 de ellos estaban clasificados como proyectos de máxima prioridad. Parece que los actores humanitarios (en especial los donantes) de esta zona apenas reconocen la importancia de cubrir las necesidades de las personas mayores, a pesar de las pruebas presentadas en la evaluación de necesidades.

Análisis sectorial

- De los 12 sectores del IASC, tanto en 2010 como en 2011, 8 de ellos contaban con al menos un proyecto con una actividad dirigida a personas mayores.
- En 2010 y 2011, hubo 4 proyectos de protección dirigidos a personas mayores, dos de ellos financiados en ambos años. En 11 países no se registraron proyectos de protección para personas mayores en ningún año, a pesar de que muchas de las crisis se habían producido a causa de un conflicto. Los estudios muestran que las personas mayores que viven en campos de refugiados y de personas desplazadas internamente en Yemen tienen un espectro muy amplio de necesidades de protección. Sin embargo, la comunidad internacional no ha sido capaz de responder ante ellas de forma adecuada, ya que no hay proyectos con actividades destinadas a este grupo vulnerable en Yemen.
- En cuanto al sector encargado del refugio y los artículos no alimentarios, encontramos un proyecto financiado en 2010 y ninguno en 2011. Un refugio adecuado es sumamente importante a la hora garantizar la protección y seguridad para las personas

De los 12 sectores del IASC tanto en 2010 como en 2011, 8 de ellos contaban con al menos un proyecto con una actividad dirigida a personas mayores.

mayores. Esto puede estar en peligro en situaciones de crisis. Por ello, sorprende la escasa financiación.

- Ofrecer servicios sanitarios apropiados es crucial para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Por esta razón, resulta alentador que la mayoría de los proyectos financiados con actividades dirigidas a este colectivo se encuentre en el sector salud (9 proyectos en los dos años). Solo un proyecto se centró en el tratamiento de condiciones crónicas; dos estaban destinados a suministrar servicios sanitarios en general y otros dos iban dirigidos a la atención oftalmológica. Dos proyectos se dedicaban específicamente al cuidado geriátrico y otros dos consistían en programas de nutrición y alimentación para personas mayores.

- Aunque resulta positivo que 9 proyectos destinados a personas mayores en el sector sanitario reciban fondos, esta cifra sigue siendo baja (0,6%) en relación a los 1.434 proyectos del CAP y los Llamamientos Inmediatos.

Análisis de los donantes

En 2010, tan solo tres donantes institucionales —Japón, DG ECHO y España— ofrecieron financiación para proyectos con actividades dirigidas a las personas mayores (para más información, véase la tabla 1).

Resulta muy escaso el porcentaje de cada donante que se destina a proyectos con actividades enfocadas en las personas mayores.

- EEUU, el mayor donante del CAP y el mayor donante de ayuda humanitaria internacional no proporcionó financiación alguna en 2010 para proyectos del CAP con actividades destinadas a personas mayores.
- Reino Unido, el tercer donante de ayuda humanitaria en 2010, tampoco aportó fondos a proyectos del CAP o a Llamamientos Inmediatos con actividades destinadas a personas mayores.

En 2011, el número de donantes subió hasta llegar a 5, pero solo la DG ECHO financió de manera constante proyectos dirigidos a personas mayores durante los dos años.

- En 2011, Dinamarca fue el mayor donante del CAP y de Llamamientos Inmediatos que incluían actividades para las personas mayores.
- La DG ECHO fue el segundo donante en 2011 y financió programas con actividades dirigidas a personas mayores en Sudán, Libia y Territorios Palestinos Ocupados.
- A pesar de que se registró un aumento en la financiación para las personas mayores entre 2010 y 2012 (de 2,56 millones de dólares a 6,7 millones), estos datos aparecen

sesgados por dos grandes proyectos en 2011, los cuales recibieron cada uno 1,7 millones de dólares. Ambos solo dedican una pequeña parte de sus actividades a las personas mayores (menos del 15%). Por ello, los 3,4 millones de dólares para estos proyectos no se dedicarán en exclusiva a las necesidades de este grupo.

- Los proyectos financiados para personas mayores en 2011 se encuentran en Sudán, Territorios Palestinos Ocupados, Libia, RDC y Somalia y, por tanto, solo cubren 5 crisis. Se presentaron proyectos para personas mayores en 9 situaciones de crisis, lo que significa que hay 4 países en los que las agencias destacaron que era importante cubrir las necesidades de dicho colectivo, pero los donantes no han proporcionado financiación para ello.

Esta falta de coherencia entre 2010 y 2011 en relación a los proyectos financiados por los donantes con actividades para personas mayores nos indica que las necesidades de este colectivo no se han reconocido de manera uniforme por parte de los donantes.

3. Financiación humanitaria para personas con discapacidad

Un gran número de personas mayores son también personas con discapacidad, de ahí que Handicap International y HelpAge International hayan trabajado juntos en este estudio. La información presentada ha permitido analizar las tendencias que afectan a ambos grupos, además de estudiar la discapacidad a cualquier edad.

- El número total de proyectos que incluían al menos una actividad destinada a personas con discapacidad se incrementó en un 64% (teniendo en 2010 37 proyectos, es decir, un 1,3% del total de proyectos, 21 de ellos financiados), hasta alcanzar los 61 proyectos en 2011 (1,9 % de todos los proyectos, 22 de ellos financiados).
- Durante estos dos años, 28 proyectos (de 98 en total) centraban todas sus actividades en personas con discapacidad. De ellos, Handicap International presentó 18 proyectos, diversas ONG otros 6 y las agencias de las ONU los 5 restantes.
- De los 69 proyectos que incluían al menos una actividad dirigida a personas con discapacidad, la mayoría (53) dedicaban menos de un 20% de sus actividades a este grupo.
- Encontramos un incremento sustancial en el número de proyectos dirigidos a personas con discapacidad presentados por agencias dedicadas a la infancia. En 2011, UNICEF propuso 7 proyectos (suponiendo esto un aumento con respecto a los 3 del año 2010), mientras que Save the Children presentó

Entre 2010 y 2011 hubo un descenso en cuanto al número de sectores con proyectos que incluían actividades dirigidas a personas con discapacidad.

6 proyectos (no habiendo presentado ninguno en 2010), de los cuales solo uno recibió financiación. Tanto UNICEF como Save the Children se dedican especialmente a la infancia y, hasta cierto punto, a las mujeres. Por ello, sus proyectos beneficiarán en gran medida a los niños con discapacidad. Aunque esto resulta positivo, cabe hacer hincapié en que hay una gran parte de población formada por personas con discapacidad que con toda probabilidad no se beneficiará de estos proyectos.

Los proyectos con actividades dirigidas a personas con discapacidad representan solo un pequeño porcentaje de todos los proyectos dentro de los llamamientos realizados por cada país.

- Los porcentajes más altos se localizan en Haití (4,7 %), Pakistán (4,3%), Libia (3,8%), Sri Lanka (3,2%) y Territorios Palestinos Ocupados (2,9%).
- No se registraron proyectos con actividades dedicadas a personas con discapacidad en los llamamientos de 2010 y 2011 para Yemen.
- Handicap International está presente en RDC, Sudán, Territorios Palestinos Ocupados, Costa de Marfil, Pakistán, Libia, Afganistán, Sri Lanka, Haití y África oriental (Kenia y Somalia).

Análisis sectorial

Entre 2010 y 2011 hubo un descenso en cuanto al número de sectores con proyectos que incluían actividades dirigidas a personas con discapacidad.

- En 2010, 10 de los 12 sectores del IASC tenía al menos un proyecto con alguna actividad destinada a personas con discapacidad. Solo el sector de la agricultura no contaba con ninguna actividad dedicada a este grupo vulnerable.
- En 2011, la cifra se redujo a 9 sectores. Tres de ellos no contaba con ninguna actividad para dicho colectivo: alimentación, recuperación económica e infraestructura y servicios de apoyo y coordinación.
- Durante estos dos años, la mayoría de los proyectos financiados se localizaron en el sector sanitario (14 proyectos), el sector del agua, saneamiento e higiene, –WASH, por sus siglas en inglés– (11) y en el sector educativo (5).
- Entre sectores, el sector WASH se caracterizó por un aumento significativo del año 2010 a 2011. Una de las razones que explican este hecho es la respuesta a las inundaciones, que puede incluir un fuerte componente WASH.

El sector de la Acción Contra Minas (ACM) puede desviar potencialmente los resultados de las personas con discapacidad, puesto que los proyectos en este sector reciben, a menudo, numerosos fondos. Hubo 6 proyectos con actividades para personas con discapacidad dentro del sector de la ACM de los cuales se financiaron 4 con un total de 13,8

millones de dólares (un 22% de toda la financiación para personas con discapacidad). Dentro de esos 4 proyectos, solo uno, presentado por Handicap International, se dedicaba por completo a asistir a víctimas y a personas con discapacidad. Los 3 restantes disponían de ciertas actividades centradas en asistir a personas con discapacidad, constituyendo entre un 17 y un 50% de todas las actividades. Aunque pueda parecer que se destina mucho dinero a personas con discapacidad en este sector, queda claro que solo un pequeño porcentaje de los 13,8 millones de dólares se empleará en actividades dirigidas al mencionado colectivo.

Análisis de la financiación

Entre 2010 y 2011, se experimentó un aumento en el número de proyectos dirigidos a personas con discapacidad, de 37 en 2010 a 61 en 2011. No obstante, disminuyó la cantidad de financiación para dichos proyectos.

- El porcentaje de financiación para proyectos dirigidos a personas con discapacidad se redujo del 0,7% (21 proyectos) en 2010 al 0,4% (22 proyectos) en 2011.
- En términos económicos, supuso un descenso de 40,6 millones de dólares a 22 millones. Probablemente, esto se debe a la respuesta de emergencias en Haití, que recibió menos fondos en 2011.
- Haití dominó el panorama de la financiación en cuanto a proyectos dirigidos a personas con discapacidad, tanto en 2010 (8 de 14 proyectos) como en 2011 (4 de 18 proyectos).
- Se registró una reducción significativa en la cantidad de financiación destinada al Llamamiento Inmediato de Haití en 2010 con respecto al CAP de 2011 (de 17,5 millones de dólares a 6,6 millones en 2011). Aún así, Haití obtuvo la mayor parte de la financiación para proyectos destinados a personas con discapacidad comparado con todos los demás países en 2011.
- En Territorios Palestinos Ocupados, se incrementó la financiación de proyectos para el mencionado colectivo, pasando de 1,7 millones de dólares en 2010 a 2,7 millones en 2011.

Análisis de los donantes

En 2010, hubo un total de 18 donantes que financiaron proyectos con actividades dirigidas a personas con discapacidad. Los cinco mayores donantes fueron Noruega, Canadá, DG ECHO, EEUU y Japón (véase la tabla 1 para consultar la lista completa).

- En 2010, Noruega fue el mayor donante de los proyectos ya citados. Esto se debe en gran parte a un proyecto en Haití.

- Canadá se situó en la segunda posición, a consecuencia del programa de ACM en Afganistán, que recibió 2, 8 millones de dólares.
- DG ECHO fue el tercer donante al respecto. Handicap International fue el organismo encargado de realizar el llamamiento a DG ECHO para proyectos en Sudán, Sri Lanka, Territorios Palestinos Ocupados y Haití.

En 2010, hubo un total de 18 donantes que financiaron proyectos con actividades dirigidas a personas con discapacidad. Los cinco mayores donantes fueron Noruega, Canadá, DG ECHO, EEUU y Japón.

- EEUU proporcionó un 0,25% de la financiación total en 2010 al CAP para proyectos con actividades dirigidas a personas con discapacidad. La razón la encontramos, en primer lugar, en dos proyectos en Haití, que representan el 77% de la financiación a este colectivo, lo que nos indica también que EEUU financia proyectos en función de la dimensión de los desastres.
- Japón fue el cuarto donante en relación con los proyectos señalados. No obstante, solo contribuyó a dos, uno en Zimbabue y otro en Afganistán.
- Debido al terremoto de Haití en 2010, aumentaron las donaciones privadas para proyectos con actividades para personas con discapacidad. De los 127 millones de dólares de donaciones privadas en 2010, un 1,6% (2,6 millones) se destinó a los citados proyectos. En cambio, en 2011 no hubo ningún proyecto del CAP en esta materia que figurara como donaciones privadas en el Servicio de Seguimiento Financiero (FTS) de la OCAH.

En 2011, el número de donantes que asignó financiación a proyectos de este tipo descendió hasta llegar a 14, lo que coincidió además con una reducción en la cantidad. Los 5 países que se sitúan en los puestos más altos de donantes son DG ECHO, Canadá, Japón, Suecia y Reino Unido.

- En 2011, DG ECHO fue el mayor donante del CAP y el organismo que más apoyó proyectos de estas características.

Es preciso mencionar que Japón y Noruega, a pesar de su pequeño tamaño en comparación con los demás países, han establecido un firme compromiso con las personas con discapacidad en su política de financiación, que se puede ver reflejada en la asignación de fondos.

4. Análisis de la financiación de donantes al Proceso de Llamamiento Consolidado (CAP) y Llamamientos Inmediatos (Flash Appeals)

Tabla 1: Países solicitantes analizados en el estudio

Proceso de Llamamiento Consolidado (CAP) 2010	CAP 2011	Llamamientos Inmediatos (Flash Appeals)
República Centroafricana	República Centroafricana	Inundaciones de Pakistán (2011)
Chad	Chad	Conflicto de Libia (2011)
República Democrática del Congo	República Democrática del Congo	Inundaciones de Sri Lanka (2011)
Plan de emergencia para la respuesta humanitaria en Kenia	Plan de emergencia para la respuesta humanitaria en Kenia	Terremoto de Haití (2010)
Plan de Acción Humanitaria en Afganistán	Afganistán	
Somalia	Somalia	
Sudán	Sudán	
Territorios Palestinos Ocupados	Territorios Palestinos Ocupados	
África Occidental	África Occidental	
Plan de respuesta humanitaria en Yemen	Plan de respuesta humanitaria en Yemen	
Zimbabue	Zimbabue	
Plan de Acción Humanitaria Común en Sri Lanka	Plan de Ayuda Conjunto en Sri Lanka	
	República de Sudán del Sur	
	Haití	

Tabla 2: Financiación de donantes para proyectos que incluyen actividades dirigidas a las personas mayores

2010			2011		
Donante	Financiación asignada a proyectos destinados a personas mayores	Porcentaje de las contribuciones de los donantes al CAP asignado a proyectos destinados a personas mayores	Donante	Financiación asignada a proyectos destinados a personas mayores	Porcentaje de las contribuciones de los donantes al CAP asignado a proyectos destinados a personas mayores
Japón	503.919	0,16	Dinamarca	1.806.743	3,04
ECHO	366.300	0,06	ECHO	1.667.115	0,29
España	295.108	0,17	Irlanda	445.714	1,42
			Suiza	186.698	0,34
			Jersey	96.308	100,00

Tabla 3: Financiación de donantes para proyectos que incluyen actividades dirigidas a personas con discapacidad

2010			2011		
Donante	**Financiación asignada a proyectos destinados a personas con discapacidad**	**Porcentaje de las contribuciones de los donantes al CAP asignado a proyectos destinados a personas con discapacidad**	**Donante**	**Financiación asignada a proyectos destinados a personas con discapacidad**	**Porcentaje de las contribuciones de los donantes al CAP asignado a proyectos destinados a personas con discapacidad**
Noruega	4.556.972	4.82	ECHO	3.941.668	0,68
Canadá	3.944.165	1.87	Canadá	3.143.736	1,56
ECHO	3.830.062	0.67	Japón	2.431.498	0,74
EEUU	3.503.211	0,25	Suecia	2.180.211	1,00
Japón	2.949.849	0,93	Reino Unido	1.108.017	0,38
Países Bajos	2.310.995	2,90	Finlandia	1.089.918	2,46
Reino Unido	800.00	0,34	Noruega	839.394	0,80
Suecia	799.493	0,47	Dinamarca	736.993	1,24
España	679.005	0,39	Italia	716.535	2,27
Australia	589.210	0,68	Alemania	708.753	0,56
Luxemburgo	588.589	5,81	EEUU	541.552	0,04
Alemania	381.041	0,70	Australia	515.995	0,33
Irlanda	337.374	1,16	Rep. de Corea	200.000	2,53
Finlandia	307.326	0,96	Países Bajos	4.173	0,01
Rep. de Corea	117.600	3,89			
Francia	66.997	0,14			
Italia	65.531	0,18			
Lituania	4.900	100,00			

5. Conclusiones

El análisis realizado por HelpAge International y Handicap International del Proceso de Llamamientos Consolidados (CAP) y Llamamientos Inmediatos (Flash Appeal) en 2010 y 2011 evidencia un ligero incremento en el número de proyectos que incluyen al menos una actividad enfocada en las personas mayores y/o a personas con discapacidad entre las fechas ya mencionadas. Sin embargo, el conjunto de proyectos y financiación para ambos grupos sigue siendo muy escaso, lo que subraya la enorme disparidad entre las

necesidades de ambos grupos vulnerables y la ayuda humanitaria proporcionada para cubrir dichas necesidades. Teniendo en cuenta este aspecto, de los proyectos que incluían al menos una actividad dirigida a cualquiera de los dos grupos, el resultado supondría menos del 25% de las actividades totales, con lo que la situación se torna más cruda aún.

Estas dos organizaciones son las que han presentado una gran parte de los proyectos (28%) y un 62% de los proyectos se han presentado en países donde estas ONG están presentes y defienden una mejor inclusión de ambos grupos vulnerables en la respuesta humanitaria.

La respuesta a las necesidades de las personas mayores y las personas con discapacidad en los diferentes sectores y países solicitantes varía y es incoherente. A pesar de existir una mayor atención en cuanto a la presentación de proyectos y a la financiación por parte de donantes hacia personas con discapacidad, no se observan análisis acerca de los elementos comunes entre ambos grupos (a pesar de que una gran parte de personas con discapacidad son personas mayores). Se produjo un leve incremento de proyectos con, al menos, una actividad dirigida a personas mayores y/o personas con discapacidad entre 2010 y 2011, pero aún así no se correspondió con la financiación por parte de los donantes. En 21 países no se destinó financiación alguna dirigida a las personas mayores.

Las personas mayores y las personas con discapacidad también pueden beneficiarse de los proyectos de ayuda humanitaria generales diseñados para apoyar a toda la población. No obstante, se presupone entonces que ambos grupos tienen acceso a dichos servicios. Solo en 312 de los 6.003 proyectos analizados (5,2 %) se mencionó a personas mayores y personas con discapacidad junto con otros grupos vulnerables. Es decir, cientos de proyectos no señalaron las vulnerabilidades potenciales de dichos grupos ni cómo les ha afectado la crisis. Esto indica que no hay un esfuerzo coordinado para asegurar que las necesidades de ambos grupos vulnerables se han establecido en la prestación de servicios. Por tanto, aún queda mucho camino para que el sistema humanitario responda a las necesidades de las personas mayores y las personas con discapacidad.

6. Recomendaciones

Si la comunidad humanitaria se ha comprometido a proporcionar una ayuda humanitaria, tendrá que tomar medidas de manera urgente para satisfacer las necesidades de dos de los grupos más vulnerables: las personas mayores y las personas con discapacidad. Las agencias humanitarias deben asegurar que los procesos de evaluación y análisis de necesidades incluyen a todos los grupos potencialmente vulnerables, así como que la respuesta se adecúa a sus necesidades, proporcionando ayuda personalizada cuando sea necesario.

- Las agencias humanitarias deben asegurar que las necesidades evaluadas ofrecen información precisa sobre todos los grupos vulnerables, recabando datos sobre personas mayores y personas con discapacidad y eliminando aquellos referentes a la edad y el género.
- Se debería poner más empeño en la documentación y a la hora de compartir ejemplos de buenas prácticas sobre la inclusión de grupos para poder aplicarlas coherentemente tanto en la fase de diseño del proyecto como en la ejecución del mismo.
- Las Agencias líderes de clúster, la OCHA de la ONU y los coordinadores humanitarios, tienen que ejercer de líderes en esta cuestión para garantizar una rendición de cuentas apropiada hacia las poblaciones beneficiadas, así como asegurar la coherencia en los diferentes países y sectores.
- Los donantes bilaterales y multilaterales tienen un papel crucial que desempeñar a la hora de estimular y permitir una respuesta humanitaria adecuada e inclusiva, proporcionando financiación flexible, oportuna, asignada según las necesidades y mediante una valoración de necesidades previa. Esto supone una parte fundamental del compromiso conforme a los Principios de la Buena Donación Humanitaria.

Capítulo 5.
Estudios de caso

1. Personas mayores en situaciones de emergencia y crisis humanitaria

- **HelpAge International**

Título: Estudio de caso sobre Etiopía.

I. Introducción

Pobreza: Etiopía sufre pobreza crónica, con el 44% de su población viviendo por debajo de la línea de pobreza nacional. La economía del país, y el 80% de la población, dependen altamente de la agricultura, que, a su vez, depende totalmente de las lluvias. En muchas partes del país, las personas mayores se ven obligadas a abandonar sus hogares en búsqueda de alimentos y oportunidades de empleo. Un número cada vez mayor de personas mayores están emigrando a las ciudades, en particular a la capital Addis Abeba.

Salud: La esperanza media de vida en Etiopía es de 50,5 años para hombres y 53 para mujeres. Durante esos años, las personas mayores tienen el riesgo de sufrir un número de enfermedades infecciosas como malaria, hepatitis, tifoidea, meningitis y diarrea. Asimismo, el VIH está teniendo un impacto devastador en Etiopía, así como en el resto de África. Hasta el 68% de los aproximadamente 900.000 huérfanos con SIDA han estado al cuidado de sus abuelos y, en muchos casos, las personas mayores están emocional y físicamente exhaustas.

Emergencias: Las frecuentes sequías y hambrunas hacen que gran parte de la población de Etiopía sea vulnerable. Las personas mayores están en un mayor riesgo ya que dedican lo poco que tienen al cuidado de los menores a su cargo y, sus propias necesidades, casi nunca son incluidas dentro de las respuestas a emergencias.

Información

Nombre completo	República Democrática Federal de Etiopía
Capital	Addis Abeba
Tamaño	1,13 millones km2
Población	85,5 millones
Idiomas	amharic, oromo, tigrinya y somalí. Inglés se enseña en los colegios.

Religión	cristianos 60,8% (ortodoxos 50,6% y protestantes 10,2%), musulmanes 32,8%, tradicional 4,6%, otros 1,8%.
Esperanza de vida	53 para mujeres y 50,5 para hombres
Médicos por cada 100.000 personas	3
Personas con VIH	2,1%
Alfabetismo	33,8% de mujeres y 49,2% de hombres
Moneda	1 Birr = 100 céntimos
Principales exportaciones	Café, pieles, semillas, cera de abejas, azúcar de caña
PIB per cápita	280 $ EEUU
Personas que viven con menos de 1$/día	44%

II. Personas mayores en Etiopía

Aproximadamente 4,1 millones de personas (cerca del 5% de la población) tienen una edad superior a 60 años en Etiopía. De esta cifra, el 2% son hombres y el 10% son mujeres autosuficientes.

Como sucede en muchos países de África, a la mayoría de las personas mayores se les niega el acceso a derechos y a servicios básicos y, por consiguiente, viven en la pobreza. El sistema de apoyo familiar tradicional se está desestructurando debido a la presión de las constantes guerras, urbanización, sequías y desplazamiento, lo que, habitualmente, termina en abuso y desatención de las personas mayores. La mayoría de las personas mayores sufren aislamiento y pérdida de estatus.

La falta total de seguridad social significa que las personas mayores deberán continuar trabajando hasta que sean físicamente capaces. Incluso aquellos que han estado trabajando para el gobierno y, por tanto, reciben una pensión, están obligados a retirarse a una edad concreta, siendo la pensión insuficiente e inadecuada.

La situación es peor para las mujeres mayores ya que es menos probable que hayan podido estudiar y, por consiguiente, han sido privadas de la oportunidad de ganar un salario decente o alcanzar un nivel de independencia externa.

Las mujeres mayores, que generalmente superan en número a los hombres, tienen más probabilidad de quedarse viudas y vivir solas, habitualmente en la pobreza. Esto se ve agravado por el frecuente abuso de sus derechos con respecto a su herencia y vivienda tras la muerte de sus maridos.

El gobierno de Etiopía ha ratificado acuerdos internacionales sobre envejecimiento y ha promovido los derechos de las personas mayores con la creación del Plan de Acción Nacional sobre Personas Mayores (2005-2015), sin embargo la concienciación sobre el Plan de Acción es extremadamente limitada en todo el país. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales es el encargado del bienestar de las personas mayores. También existen otras oficinas como la Agencia de Seguridad Social que proporcionan servicios a este colectivo.

Durante la última década, un número creciente de ONG locales empezó a proporcionar servicios a las personas mayores. La mayoría de estas organizaciones, sin embargo, tienen capacidades técnicas y económicas limitadas para proporcionar servicios y, además, están muy concentradas en Addis Abeba y otras capitales regionales.

Como resultado, se estima que cerca del 80% de las personas mayores del país son dependientes ya sea del apoyo de sus familiares, del de otros miembros de la comunidad o de las instituciones religiosas.

Pobreza urbana en Addis Abeba

Según un estudio realizado en 2010 a cerca de las condiciones de vida de las personas más mayores, se podrían destacar los siguientes aspectos:

1. Más del 94% de las personas que no tienen hogar y el 74% de las que sí lo tienen sólo comen una o dos veces al día.
2. El 93% por ciento de las personas mayores que formaron parte del estudio no tenían instalaciones de baño o ducha.
3. El 71% sufría algún tipo de discapacidad visual, auditiva, de movilidad o mental, mientras que el 78% sufría una o más enfermedades crónicas (enfermedades visuales, diabetes o grastritis).
4. Más del 36% no conocía el servicio de salud gratuito estatal para personas mayores.
5. El 68% no sabía o no creía que las personas mayores pudieran padecer VIH/SIDA, ni que una persona con aspecto saludable pudiera también padecerlo.
6. Cerca del 87% nunca habían tenido ninguna oportunidad de formación.
7. Sólo el 19% confirmaron que habían recibido cuidados y servicios humanitarios de organizaciones externas en forma de dinero, alimentos, servicios sanitarios, ropa, refugio o apoyo psicosocial.

En las zonas rurales de Etiopía se está produciendo una tendencia que ya estaba teniendo lugar en muchos otros países en desarrollo: el movimiento de los jóvenes y las generaciones de mediana edad se marchan fuera de sus lugares de nacimiento para buscar oportunidades laborales en las ciudades o, en el caso de los pastores, para buscar mejores pastos

lejos de su casa. El resultado de esta nueva situación es que las zonas más vulnerables del país se están poblando por un porcentaje cada vez mayor de personas mayores de más de 60 años.

En algunas partes de la región Somalí y las áreas más meridionales de Borena, en la frontera con Kenia, algunas comunidades estaban compuestas por un 35% de personas mayores, lo que supone un gran contraste en comparación con el 5% del resto del país. Esto está suponiendo nuevos retos para los gobiernos y las ONG afines, en particular con relación a la seguridad alimentaria, la provisión de agua y saneamiento y servicios tales como la provisión de cuidados sanitarios. Además, es habitual que estas personas mayores tengan que cuidar de muchos niños, cuando en este momento deberían ser ellas las que fueran cuidadas por sus propios hijos.

III. Perspectiva general de nuestro trabajo en África

En África, realizamos programas de desarrollo y respuesta a emergencias: Burkina Faso, RDC, Etiopía, Gana, Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Sudáfrica, Sudán, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabue.

Nuestro papel es apoyar a las organizaciones de África compartiendo información que empodere a las personas mayores, proporcionándoles consejo sobre envejecimiento y apoyando programas implementados por nuestros afiliados y socios.

Nuestra visión es ver que se cubren las necesidades y se reconocen los derechos de las personas mayores en África mediante la implementación de políticas, legislación y programas adecuados. Nuestra misión es satisfacer las necesidades de las personas mayores y sus comunidades a través de enfoques que las empoderen continuamente para reforzar su capacidad para ganarse la vida.

Ejemplos de nuestro trabajo

- En Kenia, hemos ayudado a más de 300 personas a convertirse en educadores comunitarios de VIH y SIDA.
- En Uganda, hemos formado a 90 personas como ayudantes de abogados para proteger los derechos de las personas mayores.
- En Etiopía, en colaboración con el gobierno, hemos formado a 300 enterradores para compartir su conocimiento sobre el impacto del VIH y SIDA en las personas mayores.
- En la República Democrática del Congo (RDC), HelpAge está implicado de forma activa en proporcionar medios de vida para las personas mayores desplazadas por conflictos internos en dicho país.
- En Tanzania, hemos proporcionado a más de 100 personas mayores las habilidades y la confianza para cuidar a sus familiares que viven con VIH y SIDA.

- En Burkina Faso, estamos trabajando con las comunidades para educarlos sobre sus derechos, particularmente para aquellos que sufren acusaciones de brujería.
- En Sudáfrica, hemos trabajado con más de 200 curanderos tradicionales sobre la prevención del VIH y SIDA.

¿Y después qué?

Aseguraremos una mejor seguridad de ingresos para las personas mayores a través de las pensiones y el trabajo.

Mejoraremos la calidad de la salud, VIH y SIDA, y servicios de cuidados para personas mayores y para las personas a su cargo.

Haremos que se centre más atención en las necesidades de las personas mayores en emergencias y que desempeñen un papel mayor en los esfuerzos de recuperación.

Crearemos y apoyaremos un movimiento en el que las personas mayores luchen contra la discriminación por la edad y luchen por sus derechos.

IV. Perspectiva general de nuestro trabajo en Etiopía

HelpAge International trabaja con distintos socios, entre los que se incluye la Age and Children Pastoralist Aossociation (ACPA). Con ACPA, proporcionamos agua a miles de personas mayores y sus familias afectadas por la sequía en la Zona Shinille. También hemos empoderado a las personas mayores para que estén al frente de proyectos de agua y saneamiento y decidir dónde se construyen las letrinas y los pozos. Su conocimiento local sobre dónde construir fue crucial tras las inundaciones de Erar Woreda en abril de 2010: los pozos que ellos construyeron se mantuvieron en pie, mientras que otros cayeron por el agua.

El impacto que conseguimos en 2009-2010

Proporcionamos agua potable a 60.000 pastores mayores afectados por sequía y sus familias, así como bidones y contenedores de agua. Construimos 60 letrinas y distribuimos jabón para prevenir enfermedades derivadas del agua. Construimos 30 pozos, completados con abrevaderos para animales, y nos aseguraremos de que siempre estén llenos de agua, incluso en momentos de sequía.

¿Y después qué?

Proporcionaremos ayuda de emergencia a 9.800 personas, entre las que se incluyen 1.033 personas mayores, afectadas por las inundaciones de Erar. Aquí se incluyen 600 kg de semillas de maíz, 600 kg de semillas de sorgo, 200 kg de semillas de tomate y 100 kg de semillas de cebolla.

Reconstruimos 200 metros de canales de irrigación e instalamos cinco pequeños generadores de bombas de agua para el sistema de irrigación. Estos sistemas utilizan agua de la lluvia y del subsuelo.

Nos aseguraremos de que los comités del agua mantengan los generadores en marcha, y que las familias agricultoras locales tengan un acceso igualitario a los mismos. El agua es vital para el crecimiento de las cosechas.

V. Estudio de caso: Teso



Jeff Williams/HelpAge International

Teso cree que tiene 64 años. Es viuda y tiene a su cargo cinco niños, un nieto de dos años y otro niño cuyos padres han muerto.

Cuando describe su rutina diaria dice: "Cada día salgo a buscar agua y voy al bosque a recoger leña. Algunas veces puedo vender un poco leña en el mercado… También recojo raíces que puedo vender y utilizar para hacer platos y decorar vasijas. Las tareas más difíciles son buscar agua y recoger leña".

Con el dinero que consigue, Teso compra ropa, comida y materiales para decorar sus vasijas y platos. Por supuesto, ella también cocina para siete niños, a los que tiene que cuidar.

Con la ayuda de HelpAge y Action for Development, una ONG local, se han construido un embalse de 50m^3, varios puntos de agua y se ha proporcionado ganado cerca de donde vive Teso. También se reemplazó un antiguo generador por uno nuevo.

Los habitantes disponen un estanque, pero cuando se seca, necesitan el embalse y los puntos de agua para usar agua potable. Teso dijo: "Si el estanque se seca, podríamos morir en dos meses. El estanque no es suficiente para todos los que vivimos aquí". Por tanto, los pozos son esenciales para garantizar la supervivencia de los humanos y de su ganado.

"Enseño a mis hijos a hacer cosas con las que puedan ganar dinero. Creo que la educación es importante. Como madre, mayor y soltera, no hay otra opción que la educación. Lucharé para que mis hijos reciban educación".

Teso añadió que HelpAge es la primera organización que ha escuchado que trabajan para las personas mayores. Dijo: "Me alegro de que no se hayan olvidado de nosotros".

VI. Programa país

Las cuatro áreas principales de trabajo en Etiopía en los próximos años serán:

1. La prevención de la infección del VIH entre las personas mayores de 60 años y el apoyo a aquellos que están infectados o que cuidan de otros, así como el desarrollo de intervenciones y políticas de salud orientadas a las personas mayores;
2. Luchar por la introducción de las pensiones sociales y por el incremento del número de personas mayores que se ganan la vida;
3. Incrementar el número de personas mayores a las que se dedica la ayuda en las respuestas a las emergencias que puedan surgir, pero en particular, sequías e inundaciones;
4. Construir un movimiento nacional para la promoción de los asuntos de las personas mayores.

Salud, cuidado y prevención del VIH

Los niveles de VIH entre las personas mayores son difíciles de calcular ya que cuando la ONU solicita los datos a los estados miembro, no se incluyen las cifras de las personas mayores de 49 años, y el estudio de SIDA nacional de Etiopía sólo recoge información sobre infección de VIH entre las mujeres hasta los 49 años y hombres hasta los 59 años. Sin embargo, las personas mayores también se infectan como el resto de población. Las personas mayores también se ven afectadas por el VIH mediante el cuidado de niños infectados.

El año pasado, trabajamos con organizaciones comunitarias y grupos de jóvenes para dar apoyo a familias que han perdido algún familiar y hogares multigeneracionales afectados por VIH. Además, la mayoría de los programas gubernamentales de VIH&SIDA no incluyen a las personas mayores, así que estamos trabajando de forma conjunta con el gobierno para aumentar la concienciación y convencerlos de incluir a las personas mayores en sus planes.

HelpAge también ha estado involucrado en campañas anuales de cuidado ocular desde que empezaron a trabajar en Etiopía en 1992. Continuaremos con estas campañas, particularmente para combatir la ceguera causada por cataratas y tracoma en las partes más remotas o difíciles de acceder del país.

Aunque los problemas de salud como las enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer o demencia son importantes pero se tratan con muy poca frecuencia en Etiopía, creemos

que en los próximos años debemos centrar nuestro trabajo sanitario en dichas enfermedades que siguen siendo las principales causas de muerte entre las personas mayores de Etiopía.

Ingresos seguros

Nuestro trabajo sobre ingresos seguros se lleva a cabo a través de 9 proyectos, con un presupuesto anual de 69.210 libras, donde se atiende a 772 personas mayores (62% mujeres y 38% hombres). Asimismo, atendemos de forma indirecta a 2.176 personas, 759 de los cuales son nietos. De este modo, se pretende mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través del acceso a salud, transferencias en efectivo, distribución alimentaria, apoyo social y apoyo en la generación de ingresos. Algunos ejemplos de los logros de este proyecto serían:

– 328 personas mayores tienen acceso regular a transferencias en efectivo
– 562 personas mayores tienen acceso regular a distribuciones alimentarias.
– 231 personas mayores reparan sus hogares.
– 321 personas mayores reciben apoyo y formación en actividades generadores de ingresos.
– Más de 500 personas mayores son atendidas en clínicas médicas.
– 226 personas mayores tienen acceso regular a medicamentos.
– 300 personas mayores tienen acceso regular a tratamientos oculares y chequeos periódicos.

Protección social:

HelpAge es un miembro comprometido de la plataforma nacional de protección social de Etiopía, que está compuesta también por donantes clave como DFID, el Banco Mundial, PMA o UNICEF. La plataforma ayuda al gobierno en la formación de políticas y en la expansión de la protección social. Asimismo, también damos formación a periodistas, ONG nacionales e internacionales y, en un futuro, formaremos parte de un gran proyecto piloto que tratará de mostrarnos cómo la protección social puede incrementar el crecimiento económico así como reducir la pobreza y las desventajas.

Actividades generadoras de ingresos:

Ayudamos a las personas mayores a incrementar sus ingresos a través de la formación y el equipo adecuado para que puedan ganar su propio dinero. Los proyectos incluyen trabajo del algodón, producción de especias, crecimiento de verduras…

Emergencias y reducción del riesgo de desastre:

En 2009, las zonas tanto de Shinelle como de Borena, fueron identificadas por el gobierno y los actores humanitarios como áreas críticas con escasez de agua generalizada. Además, muchos pozos no funcionan por los escasos niveles de agua, lo que obliga a los habitantes de estas zonas a utilizar agua contaminada y a descuidar las prácticas de agua, higiene y saneamiento.

Llevamos a cabo dos proyectos dirigidos a personas mayores y a sus familias para ayudarles a gestionar mejor la sequía. En la zona de Shinille proporcionamos agua potable y servicios de saneamiento a 60.000 personas mayores vulnerables y sus familias, además de artículos de emergencia no alimentarios a 18.750 personas. En la zona de Borena, garantizamos el acceso a agua potable a 48.000 personas rehabilitando la infraestructura esencial y asegurando que las necesidades de agua y saneamiento de las personas mayores se tuvieran en cuenta creando comités de gestión del agua.

Las inundaciones son la otra cara de las emergencias que amenazan Etiopía de forma regular. El año 2010 no fue ninguna excepción y Shinille y Borena sufrieron unas tremendas inundaciones. Con el fin de mitigar el impacto de dichas inundaciones, realizamos dos proyectos, uno en Yabello Woreda (Borena) y el otro en el distrito de Erar (Shinille).

En Yabello proporcionamos materiales como colchones, mantas y sábanas para 1.200 familias. En colaboración con nuestros socios locales, también construimos 51 letrinas, reparamos 14 casas dañadas por las inundaciones y realizamos 12 cursos de formación sobre sensibilización. En Erar, proporcionamos ayuda de emergencia mediante la reparación del canal de regadío y la distribución de semillas a 9.800 personas afectadas por las inundaciones, entre las que se encontraban 1.033 personas mayores.

Vulnerabilidad en áreas urbanas

El incremento a nivel mundial del precio de los alimentos y del petróleo y su continua inflación ha causado una crisis alimentaria en la que los precios de los alimentos se han incrementado en más del 100% sólo en 2008. El año pasado apoyamos un proyecto para mejorar la calidad de vida de las personas mayores de la ciudad y sus dependientes en Addis Abeba. Trabajamos con los socios locales para proporcionar 205 refugios de emergencia para las personas mayores sin hogar y sus dependientes; realizar programas de alimentación suplementaria, proporcionar al menos una comida al día a 819 personas mayores, asegurar el acceso directo a servicios sanitarios y medicamentos para aquellas personas con movilidad reducida, apoyar actividades a pequeña escala generadoras de ingresos, y dar formación a socios para construir capacidades sobre los aspectos relacionados con la edad y la protección.

Apoyo al Movimiento Nacional de Personas Mayores

Trabajamos con un gran número de organizaciones locales que centran su trabajo en las personas mayores. Sin embargo, no hay un movimiento nacional fuerte que apoye a las personas mayores en el país. Por tanto estamos tratando de juntar a todas las organizaciones y mejorar su entendimiento sobre la necesidad de trabajar juntas. El fin último es construir un movimiento etíope tan fuerte que ya no sea necesaria la presencia de HelpAge en el país y todos los proyectos sean directamente dirigidos y ejecutados por las organizaciones locales.

VII. Necesidades de financiación

A continuación se exponen algunas estimaciones sobre cómo se pueden invertir los fondos en el futuro. Por ejemplo, con el fin de empoderar a las personas mayores que viven en la pobreza para ayudarlos tanto a ellas como sus nietos:

1 £ Se podría pagar la factura de agua de un mes de una persona mayor. Si una persona mayor no puede trabajar y no tiene acceso a una pensión, una simple transferencia de efectivo significará que puede cubrir sus servicios básicos.

2 £ Se podría pagar la factura de electricidad de un mes de una persona mayor. Si una persona mayor no puede trabajar y no tiene acceso a una pensión, una simple transferencia de efectivo significará que puede cubrir sus servicios básicos.

20 £ Se podrían pagar 3 comidas al día durante 1 mes para una persona mayor.

500 £ Se podrían cubrir los costes de reparación del refugio de una persona mayor en un área urbana.

2.000 £ Se podrían cubrir los costes de construcción de un pozo en una zona rural, lo cual proporcionaría agua suficiente para 20 familias o 100 miembros de la comunidad.

5.000 £ Se podrían cubrir los costes de préstamos o subsidios para que 100 personas mayores pudieran crear sus propios negocios para apoyar a estas 100 personas y a sus familias.

15.000 £ Se podrían cubrir los gastos anuales de alquiler y de funcionamiento de una tienda (incluyendo sueldos y costes de los productos) en el que las personas mayores que formaran parte de esta actividad generadora de ingresos podrían comercializar sus propios productos. Esto proporcionaría ingresos mensuales para al menos 1.000 personas mayores y un fondo para el bienestar de la comunidad que podría ayudar a 200 personas mayores dependientes.

250.000 £ Se podría construir el primer hospital geriátrico y escuela médica en el país, con capacidad para proporcionar cuidado sanitario especializado a al menos 25.000 personas mayores al año. Esto sería suficiente para financiar el edificio y el equipamiento básico.

2. Personas con discapacidad en situaciones de emergencia y crisis humanitaria

- **DPI (Disabled People's International). Autora: Rachel Kamchacha Kachaje, Malawi (–DPI-)[33]**

I. Introducción

Cada vez que pienso en emergencias/crisis y discapacidad siempre pienso o me imagino en cómo las personas con discapacidad se las arreglan para sobrevivir en esas circunstancias. También he oído algunas historias en la radio y en la televisión sobre desastres naturales como el Tsunami, terremotos, inundaciones y sobre guerras y conflictos.

¿Acaso las personas con discapacidad no son lo suficientemente humanas como para ser tratadas como cualquier otro ser humano? ¿Acaso no necesitan comer?

Un buen ejemplo de esto es el caso de una amiga mía de Indonesia que conocí hace unos años en México asistiendo a un Foro Mundial de Salud. Ella era una mujer con una discapacidad y muy atractiva. Mientras hablábamos me contó que se iba a casar en unos meses. Le dije que acudiría a su boda si me mandaba una invitación. Es muy emocionante recibir este tipo de noticias ya que no es fácil para una mujer con una discapacidad casarse y formar una familia.

Todavía estoy angustiada por su silencio ya que desde ese día no he vuelto a saber nada de ella. He intentado mandarle mails pero el sistema me los devuelve. Todavía lloro en silencio por ella.

El silencio de mi amiga me recuerda cómo las personas con discapacidad en situaciones de emergencia, tales como desastres naturales o conflictos, son a menudo excluidas o descuidadas como beneficiarias, compañeras o colaboradoras en los programas de apoyo y desarrollo. La discapacidad tampoco es un área prioritaria en actividades de investigación relacionadas con crisis humanitarias y reasentamientos.

Esto me recuerda también a algo que ocurrió cuando fui a visitar con mis compañeros a unas personas para concienciarlos sobre los derechos de las personas con discapacidad. Había una hambruna en la mayor parte del país así que el gobierno de Malawi estaba dis-

[33] Estudio de caso traducido por **David Gutiérrez Arcones, intérprete jurado de lengua inglesa.**

tribuyendo artículos de primera necesidad como maíz, semillas y abono. Las personas que visitamos compartieron con nosotros sus experiencias sobre agricultura, carpintería y otras cosas que hacían para ganarse la vida.

Pero tuvieron que enfrentarse a que les negaran artículos de primera necesidad porque "no merecían artículos de primera necesidad". Los funcionarios optaron por dar esos artículos de primera necesidad a sus tíos o a cualquier otro pariente en su nombre. Incluso se les denegaron los recursos agrícolas. La pregunta que nos planteamos es: ¿acaso las personas con discapacidad no son lo suficientemente humanas como para ser tratadas como cualquier otro ser humano? ¿Acaso no necesitan comer?

Supongo que todo esto ocurre debido principalmente a las políticas y prácticas excluyentes de los gobiernos, los proveedores de servicios y los agentes humanitarios, las barreras actitudinales, la falta de conocimientos sobre los retos específicos a los que se enfrentan las personas con discapacidad y por no considerar la discapacidad como un tema de derechos humanos. Además, hay una gran falta de participación de las personas con discapacidad en planes de contingencia y gestión de riesgos de desastres.

Por ejemplo, varios informes clave, tales como los distribuidos por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), no tienen ninguna referencia directa a personas con discapacidad. Durante la preparación para desastres ni la respuesta ni la reconstrucción de sus necesidades básicas son adecuadas y los derechos humanos son, en el mejor de los casos, ignorados, y violados en el peor de los casos.

II. Emergencias y discapacidad

A corto plazo, las situaciones de emergencia pueden causar lesiones y malnutrición que desemboquen en una discapacidad. A largo plazo, la destrucción de los servicios sanitarios y educativos puede provocar un mayor impacto del desastre y, por ejemplo, niveles más bajos de vacunación que pueden desembocar una vez más en discapacidades. En situaciones de emergencias de posguerra, la violencia armada puede perdurar durante muchos años y los problemas mentales persisten en las poblaciones afectadas por las guerras muchos años después.

La mayoría de los programas se centran en la discapacidad como un tema transversal

Por lo tanto, es necesario incluir a las personas con discapacidad en los planes y respuestas humanitarios, por ejemplo poniendo a su alcance refugios inclusivos y accesibles, condiciones salubres, atención médica, alimentos y educación. La colaboración y respuesta inclusivas en emergencias están respaldadas por los artículos 11 y 32 de la CDPD.

La CDPD resume las obligaciones de los Estados para proteger y asegurar la seguridad de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluyendo conflictos armados.

En la práctica, la discapacidad se ve pocas veces reflejada en programas humanitarios, incluso cuando cada vez más pruebas evidencian que las personas con discapacidad están expuestas a mayores riesgos en tales situaciones.

Aunque algunos manuales y directrices apoyan la inclusión específica de personas con discapacidad en emergencias, la mayoría de los programas se centran en la discapacidad como un tema transversal, o en cómo proteger a las personas con discapacidad como un grupo vulnerable en vez de centrarse en medidas específicas de inclusión y superación de barreras. Hay muy pocas pruebas que sugieran que estas directrices se utilicen efectivamente en personas con discapacidad, debido en parte a la falta de estándares e indicadores para monitorizar la inclusión, pero también debido a la falta de concienciación y formación sobre el terreno. Las organizaciones locales de personas con discapacidad se incluyen muy pocas veces en las reuniones de planificación y coordinación, especialmente durante las crisis. De este modo se pierde la oportunidad de mejorar la coordinación y la inclusión de personas con discapacidad en la ayuda humanitaria.

Una mejor formación del personal humanitario y las organizaciones de personas con discapacidad en países en conflicto y afectados por desastres promovería la concienciación y la comprensión así como la capacidad para hacer frente a la discapacidad

Gran parte del personal que trabaja en agencias humanitarias tiene percepciones erróneas sobre las personas con discapacidad: que necesitan cuidado especializado costoso o que sus necesidades las cubrirán las partidas generales de ayuda; que no les es posible ayudar a los demás, o que son incapaces de participar en la mayoría de las actividades educativas, laborales o comunitarias. En situaciones tales como terremotos o inundaciones, se tiene la percepción común de que las personas con discapacidad simplemente no sobrevivirán.

Se han desarrollado pocos indicadores para analizar el alcance real que tiene la inclusión de personas con discapacidad en programas y si tales programas aportan mejoras sostenibles en su calidad de vida. Los escasos estudios que se han llevado a cabo en países que acaban de sufrir un conflicto se han centrado principalmente en personas con distintos tipos de deficiencias para asistir a los donantes y en planes de servicios para problemas específicos elaborados por ministerios gubernamentales. Aunque estos estudios han sido valiosos, enfocan la discapacidad como un tema médico o de bienestar en vez de considerarlo un tema social o de derechos humanos. Sin embargo, cuando la información fue puesta a disposición del público se utilizó para modificar significativamente otras políticas, especialmente las destinadas a prevenir discapacidades, como por ejemplo el Tratado de Prohibición de Minas de Ottawa de 1997 (*Ottawa Mine Ban Treaty*) y la Convención sobre Municiones en Racimo de 2008 (*Convention on Cluster Munitions*).

Aunque es muy pronto para evaluar el efecto de la CDPD, la Convención ha hecho que se preste más atención a la discapacidad dentro del sistema de las Naciones Unidas, espe-

cialmente en lo relativo a las agencias de implementación, y algunas iniciativas de organizaciones de la ONU y no gubernamentales han empezado a consolidar un enfoque de la discapacidad más centrado en el sector humanitario. Por ejemplo, en el año 2004 la discapacidad fue incluida como un tema transversal en el Proyecto Esfera, un manual clave para los profesionales humanitarios.

Una mejor formación del personal humanitario y de las organizaciones de personas con discapacidad en países en conflicto y afectados por desastres promovería la concienciación y la comprensión, así como la capacidad para hacer frente a la discapacidad. Aunque esos esfuerzos son prometedores, no serán del todo efectivos hasta -y a menos que- la discapacidad sea considerada un tema clave por todos los que trabajan en el sector humanitario.

Según las Naciones Unidas, hay más de 42 millones de personas desplazadas en todo el mundo debido a conflictos y desastres naturales. Aproximadamente el 41% de los refugiados del mundo son niños y la mitad del total son mujeres. Según el Informe de la Comisión de Mujeres Refugiadas de 2010, **tres millones de personas con discapacidad viven en campos de refugiados y barriadas marginales urbanas.** Las cifras son bajas en algunos países en vías de desarrollo porque muchos niños no son inscritos en el registro al nacer y no hay mecanismos de recogida de datos sobre el terreno para contar el número de personas con discapacidad en los campos.

Los adultos con discapacidades son dejados de lado por otros refugiados a la hora de repartir los alimentos o el agua en situaciones de crisis. Las mujeres y los niños con discapacidad son más vulnerables a violaciones y abusos en el camino hacia los campos y en los mismos campos. Algunas áreas de los campos como las letrinas, los pozos de agua, las clínicas o escuelas son inaccesibles a personas con discapacidades físicas. Así que si la protección y la inclusión son derechos humanos para personas con discapacidad, ¿por qué se las abandona? ¿Por qué son todavía excluidas?

III. Asociación Umoja de personas con discapacidad – Campo de refugiados de Dzaleka

Disabled People's International (DPI) recibió una carta de la asociación de personas con discapacidad viviendo en el campo de refugiados de Dzaleka. El campo de refugiados de Dzaleka está situado en el distrito de Dowa, en la región central de Malawi. Los refugiados de este campo vienen de Somalia, Sudán, Etiopía, República Democrática del Congo entre muchos otros. Por lo general, resumen la forma en que sistemáticamente se les niegan sus derechos, por ejemplo siendo discriminados al recibir los suministros médicos y la comida, su derecho a la educación y la manera en que las agencias internacionales los ignoran a la hora de reasentarlos.

La asociación Umoja (que significa unidad) de gente con discapacidad comprende una población total de casi ochenta personas e incluye algunos niños con discapacidad mental.

De todas estas personas solo cuatro fueron reasentadas. También se mencionó en el Quinto Foro Shafallah este año, celebrado en Doha (Qatar) del 21 al 24 de enero de 2012 con el tema "Crisis, Conflicto y Discapacidad: Asegurando la Igualdad", que las situaciones de conflicto generan más discapacidad entre las personas y que al final terminan como inmigrantes forzosos con más dificultades y sin acceso a sus derechos.

El campo de refugiados de Dzaleka, dirigido por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, es el único campo en Malawi. El campo está situado en la zona alta del distrito de Dowa en la región central de Malawi, a 25 kilómetros al norte de Lilonqwe camino a Mzuzu. Es un buen lugar. El campo fue formalmente un conocido campo de detención para prisioneros políticos. No tiene valla y las infraestructuras son muy pobres. Los servicios de agua, saneamiento e higiene son un gran reto aquí. Al principio me sorprendió la ausencia de vallas que imaginaba que rodearían el campo. Encaramado en una cumbre ahora deforestada y lejos de cualquier otro asentamiento, con valla o sin ella, la mayoría de la gente no abandonará este sitio en mucho tiempo.

Quizás el término campo puede inducir a error. Para mí, el término "campo" me hace pensar en tiendas y otros refugios temporales aunque muchas de las estructuras sean permanentes. La mayoría de las casas están construidas con ladrillos sin cocer. Aproximadamente viven aquí 10.000 personas, muchas de los cuales llevan años viviendo en Dzaleka y tienen pocas perspectivas para el futuro. Algunos llevan aquí casi doce años.

Los refugiados tienen tres opciones: pueden quedarse en el campo; pueden volver a sus países de origen; o pueden intentar reasentarse en otro país. Los casos exitosos de la última opción son muy escasos, y como muchos de ellos no pueden o no quieren volver a su país, la mayoría deciden quedarse a vivir en Malawi.

ACNUR fundó el campo de refugiados de Dzaleka en 1994 en respuesta a la ola de desplazados forzosos huyendo de genocidios, violencia y guerras en Burundi, Ruanda y la República Democrática del Congo.

La población del campo hoy en día es de 11.000 a 12.000 refugiados, la mayoría de los cuales son mujeres y niños. Muchos de ellos ya pasaron años en campos de refugiados en la República Democrática del Congo, Zambia y Tanzania antes de llegar a Dzaleka. Algunos han vivido toda su vida en campos de refugiados de las ONU.

Dzaleka también acoge a refugiados de Somalia, Etiopía y Eritrea. Se supone que estos refugiados se dirigen a Sudáfrica, donde esperan obtener asilo y empezar a reconstruir sus vidas. La ONU estima que el 60% de los etíopes y el 80% de los somalíes pasan por el campo de refugiados de Dzaleka en su camino a Sudáfrica. Algunos solo pasan unos días en Dzaleka antes de continuar hacia el sur, un viaje lleno de riesgos.

Un informe incluido en la evaluación participativa realizado en 2005 por el ACNUR con niños viviendo en el campo sacó a la luz numerosos casos de violencia contra ellos, centrándose sobre todo en la violencia sexual: acoso y abuso de niñas cometidos por grupos de adolescentes, violaciones y transacciones sexuales con hombres mayores (en ocasiones

aconsejadas por sus padres) y matrimonios forzados por los padres a cambio de bienes o dinero. Los niños también informaron de dos casos de tráfico de niños e intercambio de bienes por género. El abuso de alcohol que degenera en violaciones o palizas por parte de los padres, o ser dejados a su suerte y desprotegidos durante días a veces, es otra fuente de miedo y violencia señalada en el informe. Además, los niños señalaron las dificultades especiales a las que se enfrentan los que no tienen padres, estando solos o como niños adoptivos. Los primeros son susceptibles de ser atacados, y a los últimos se les trata mal en las familias de acogida. Estos niños viven hambrientos y son incapaces de ir a la escuela, están expuestos a ser explotados y tienen más posibilidades de recurrir a la prostitución para sobrevivir.





IV. Lecciones del liderazgo de la Asociación

La evaluación participativa realizada por el ACNUR en 2005 con niños viviendo en el campo no hace mención a niños con discapacidad. Pero en el campo hay muchos niños con discapacidad que no van a la escuela. Los niños tienen una perspectiva y comprensión únicas sobre sus problemas y se les debe consultar como parte necesaria para cualquier esfuerzo de mejorar las condiciones en los campos de refugiados. Fomentar la concienciación de las necesidades de los niños, sus derechos y perspectivas entre los adultos en los campos, los padres y los profesores es un logro importante de la evaluación participativa y nos sirve como fundamento vital desde el que empezar a hacer frente a los problemas de los niños y reforzar la implementación de los derechos infantiles.

No hay necesidad de volver a hacer el mismo ejercicio. Tenemos estadísticas de los adultos y niños con discapacidad en este campo. La situación de las personas con discapacidad en el campo de refugiados de Dzaleka es una revelación tanto para el movimiento por las personas con discapacidad, los gobiernos, las agencias de la ONU y cualquier otra parte interesada. Al luchar por la equidad podemos ver que todavía hay un grupo de personas que están siendo ignoradas a todos los niveles.

V. Cómo se desarrolló la Asociación

La Asociación Umoja se creó en junio de 2008 con ochenta y pico miembros. Uno de los objetivos era luchar por sus derechos que normalmente son ignorados en el campo de refugiados y probar a la comunidad que "Discapacidad no es incapacidad". Han propuesto soluciones para hacer frente a sus problemas mediante la formación de personas con discapacidad en diferentes destrezas como la cría de ganado, la fabricación de jabón de fábrica, educación de adultos, etc. En el área de educación han construido un bloque para la escuela y están buscando simpatizantes para obtener material escolar y otros artículos.

VI. Bibliografía

1 Parr A. Disasters and disabled persons: an examination of the safety needs of a neglected minority. Disasters 1987; 11: 148-159. CrossRef | PubMed.

2 Rockhold P, McDonald L. The hidden issue in international development aid: health and disability in conflict-affected settings in sub-Saharan Africa. J Disabil Int Devel 2009; 1: 4-11. PubMed.

3 Kett M, Twigg J. Disability and disasters: towards an inclusive approach. http://www.ifrc.org/Docs/pubs/disasters/wdr2007/WDR2007-English-4.pdf. (accessed Nov 16, 2009).

4 Women's Commission for Refugee Women and Children. Disabilities among refugees and conflict-affected population: resource kit for fieldworkers. http://www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf. (accessed Aug 2, 2009). 12 Atijosan O, Rischewski D, Simms V, et al. A national survey of musculoskeletal impairment in Rwanda: prevalence, causes and service implications. PLoS 2008; 3: e2851. PubMed.

- **Handicap International Colombia. Autora: Johana Huertas, Coordinadora Nacional del Programa Acción Contra Minas (CNACM).**

Título: Asistencia a víctimas de minas antipersonal (MAP) y restos explosivos de guerra (REG) en Colombia

I. Introducción

En los últimos años, Colombia se ha mantenido en los primeros puestos de víctimas por año a nivel mundial.

Entre 1990 y 2012, en Colombia se registraron 9.642 víctimas.

Desde la década de los años ochenta, el conflicto armado interno en Colombia sigue siendo junto con el narcotráfico y la delincuencia organizada, uno de los principales factores que afectan a la vida de los colombianos y que dificultan el desarrollo socioeconómico del país. Este conflicto ha producido graves violaciones de los Derechos Humanos y de las infracciones del Derecho Internacional Humanitario, especialmente para la población civil que vive en las zonas rurales del país.

Para encarar las situaciones derivadas de este conflicto, el Estado ha desarrollado medidas coyunturales y estructurales que han demostrando, a lo largo de los años, debilidades para reducir la impunidad existente en relación con las violaciones de Derechos Humanos, aunque se han producido nuevos compromisos para superar esta situación[34].

Factores como la dificultad para el acceso de los recursos entregados con la ayuda humanitaria, la discriminación en razón de la etnia, el reclutamiento forzado de niños y niñas, el desplazamiento forzado, las zonas minadas y sus víctimas, las escasas posibilidades de restitución de derechos, la justicia y la reparación en la región, han complejizado las posibilidades colectivas de responder y actuar en aras de la protección de la población civil.

Pese a los esfuerzos del Gobierno Nacional y aún con el acompañamiento de la comunidad internacional presente en Colombia, las cifras siguen siendo alarmantes y no hay señal de que la tendencia se modifique. Numerosas víctimas han sido reportadas, especialmente por asesinatos y masacres selectivas e indiscriminadas, los hostigamientos, los secuestros, las desapariciones forzadas, el reclutamiento forzado y voluntario, el desplazamiento forzado y los accidentes por minas antipersonal (MAP)[35] y restos explosivos de guerra (REG)[36].

En cuanto a esta última, la contaminación de los territorios por las minas antipersonal y restos explosivos de guerra ha causado muertes y supervivientes con heridas físicas, impactos psicológicos y repercusiones socioeconómicas a miles de personas y a sus familias.

Según el Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal (PAICMA), comprendido entre 1990 y 2012, en Colombia se registraron 9.642 víctimas. Las MAP y REG golpean tanto a las Fuerzas Armadas (62% de las víctimas) como a la población civil (38% de las víctimas) de manera indiscriminada y no solo las víctimas directas se ven afectadas; sus familias y sus comunidades también lo están cuando deben, abruptamente, enfrentar las consecuencias del accidente (desplazamiento forzado, pérdida de sus bienes, pérdidas de sus fuentes de ingresos económicos, estigmatización, elaboración de duelos, reconfiguración de su cuerpo, etc.).

- En los últimos años, Colombia se ha mantenido en los primeros puestos de nuevas víctimas por año a nivel mundial. A su vez, Colombia es el único país de América

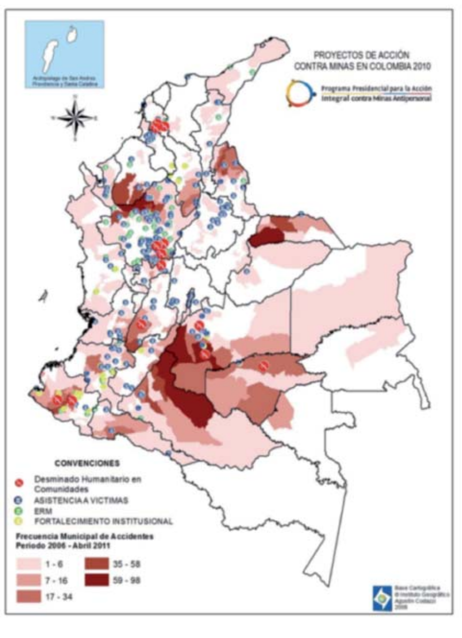
[34] Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los Derechos Humanos en Colombia. 2006.

[35] Según el Glosario Nacional de Términos para la Acción Integral contra Minas Antipersonal, por "mina antipersonal" se entiende toda mina concebida para que explosione por la presencia, la proximidad o el contacto de una persona, y que en caso de explosionar tenga la potencialidad de incapacitar, herir y/o matar a una o más personas. Las minas diseñadas para detonar por la presencia, la proximidad o el contacto de un vehículo, y no de una persona que estén provistas de un dispositivo anti manipulación, no son consideradas minas antipersonal por estar así equipadas.
Nota: Las minas diseñadas para ser detonadas ante la presencia, proximidad o contacto con un vehículo, a diferencia de con una persona, que se encuentran equipadas con dispositivos anti manipulación, no son consideradas como minas antipersonal por el hecho de estar equipadas con ese dispositivo.

[36] El protocolo V de la Convención sobre Ciertas Armas Convencionales, adoptada el 28 de noviembre de 2003, adopta el término Restos explosivos de Guerra para las armas sin estallar, como obuses de artillería, morteros, granadas, bombas y misiles, que quedan abandonados al terminar un conflicto armado.

Latina donde aún se siembra MAP y donde la población se ve expuesta a REG de manera alarmante.

- 31 de los 32 departamentos del país y el Distrito Capital presentaron algún tipo de evento con minas antipersonal. Igualmente, en el 65% de los municipios del país se registró algún evento.
- Los cinco departamentos con mayor número de víctimas entre 1990 y finales de enero de 2012 son Antioquia (23%), Meta (10%), Caquetá (8%), Norte de Santander (7%), Bolívar y Nariño (6%, respectivamente[37].



La contaminación por MAP y REG ha producido barreras en el acceso de los pobladores a las zonas de cultivos, a las fuentes de agua, a las escuelas, a los centros de salud, entre otros. Esta problemática también ha causado el confinamiento de comunidades que frente al temor deciden no salir de sus veredas, el desplazamiento forzado de comunidades y la limitación de los procesos de retorno de las poblaciones desplazadas a sus lugares de origen.

Los motivos más importantes que afectan directamente a la buena práctica y la operatividad de las medidas de protección y atención de las víctimas, son:

- Dificultad para identificar y visibilizar las necesidades de las víctimas civiles.
- La ruta oficial de servicios de atención no cubre de manera efectiva y oportuna todas las necesidades en salud y rehabilitación de las víctimas de accidentes por MAP y REG, en particular para aquellas con discapacidad generada por el accidente.
- Debilidades en la coordinación interinstitucional para el desarrollo de planes y programas de acción en beneficio de las víctimas.

[37] PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCION INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL, Víctimas de minas antipersonal, estadísticas completas. (en línea). http://www.accioncontraminas.gov.co.

II. Proceso de la respuesta humanitaria (atención a las víctimas afectadas por las "minas antipersonal": personas con discapacidad en situaciones de emergencia)

En Colombia, muchas comunidades han recibido procesos de Educación en el Riesgo de las Minas antipersonal (ERM), que consiste en desarrollar procesos dirigidos a la población civil, encaminados a reducir el riesgo de daños provocados por minas y municiones sin explotar, mediante la sensibilización y el fomento de una cultura de comportamientos seguros a través del desarrollo de los componentes de difusión de información pública, educación, capacitación y la adopción de un enfoque de participación y empoderamiento comunitario para la acción integral contra minas[38].

A pesar de los grandes esfuerzos que se hacen para prevenir los accidentes, la capacidad existente no alcanza a llegar a todas las comunidades que viven en una amenaza latente o en riesgo inminente por la contaminación de sus territorios. Generalmente, donde ocurren los eventos por minas antipersonal son lugares apartados de las cabeceras municipales, con precarias condiciones a nivel de vías de acceso e infraestructura comunitaria y donde las condiciones de seguridad no garantizan el desplazamiento de los equipos de trabajo dedicados a desarrollar los procesos de ERM.

Actualmente, las víctimas de accidentes por MAP y REG cuentan con un marco legislativo que contiene los derechos mínimos para recibir una asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y un proceso de rehabilitación física y psicológica. A pesar de que se han logrado avances con la definición de esta "*ruta de atención*", aún persisten vacíos e inaplicaciones en los elementos que la componen, que terminan por obstaculizar la completa aplicabilidad de estas prerrogativas evitando que se logre el fin último y máximo propósito con que ha sido diseñada: la reincorporación social de la víctima.[39]

Para optimizar la probabilidad de una ruta de atención integral, se hace necesario que las organizaciones no gubernamentales que desarrollan programas de ayuda humanitaria acompañen a las víctimas y sus familias en la orientación, remisión y complementariedad de los procesos de atención.

Las dificultades en el acceso a los servicios inicia con el transporte de las víctimas a un primer lugar de atención. El tiempo transcurrido antes de una atención especializada puede ser determinante no solo para evitar la amputación y salvar los miembros afectados, sino también para limitar el grado de amputación, lo que representa una condición a favor en la futura movilidad de las víctimas.

En general, son los compañeros de trabajo, los vecinos o personas de la comunidad, que se encargan de llevar a las víctimas hacia un centro de atención o hacia la carretera para conseguir un transporte hasta un centro de atención a la salud. En otros casos es el ejér-

[38] http://www.accioncontraminas.gov.co/Accion/Paginas/EducacionenelRiesgo.aspx
[39] HANDICAP INTERNATIONAL. Minas antipersonal en Colombia: El camino hacia la rehabilitación e inclusión social. Medellín: Handicap International, 2007, p. 129.

cito, cuando se tiene conocimiento, el encargado de prestar los primeros auxilios y el transporte hacia el centro médico más cercano.

Las grandes distancias entre el lugar de vivienda de las víctimas y los centros especializados en salud y de rehabilitación que se encuentran en las capitales de los departamentos, son otro obstáculo que las víctimas deben enfrentar para acceder a procesos de atención y seguimiento que les permita alcanzar el bienestar físico y mental.

Las grandes distancias entre el lugar de vivienda de las víctimas y los centros especializados en salud y de rehabilitación son otro obstáculo que las víctimas deben enfrentar para acceder a procesos de atención y seguimiento que les permita alcanzar el bienestar físico y mental.

Dicha necesidad no se encuentra cubierta por la legislación colombiana, de ahí que se haga necesario buscar apoyo entre la comunidad civil e internacional para recibir la asistencia humanitaria (transporte, alojamiento y alimentación) tanto para la víctima como para sus familiares o acompañantes.

El abordaje del proceso de rehabilitación sigue siendo aún limitado (tiempo de atención) y de difícil acceso, la falta de atenciones integrales y el desconocimiento de los derechos, tanto por las víctimas como de los actores responsables, son la principal causa para no lograr una adecuada rehabilitación.

A pesar de que la calidad y el acceso a los procesos de adaptación protésica han mejorado en los últimos tiempos, el cubrimiento de estos elementos está supeditada a los documentos y requisitos necesarios que exige la Ley para acceder a estos servicios. Si la víctima no cuenta con la documentación requerida (certificación que acredita su condición, historia clínica y documento de identificación) no podrá acceder a sus atenciones.

Es una prevalencia la atención oportuna a las lesiones físicas visibles (amputaciones, quemaduras, fracturas) y se dejan a un lado las lesiones a nivel ocular, auditivo y psicológico, que por lo general, se manifiestan tiempo después de haber ocurrido el accidente, agravando aún más su situación de salud.

Es el Estado el primero en garantizar el acceso a los derechos de las víctimas, sin embargo mientras la capacidad de respuesta no sea oportuna y la capacidad local siga siendo limitada para responder a las necesidades reales de las víctimas, se mantendrá una situación de crisis humanitaria en el país.

En consecuencia, se hace necesario seguir avanzando en el desarrollo de políticas que, bajo un enfoque de derechos, puedan superar los obstáculos de una verdadera rehabilitación. Al menos, esto es uno de los grandes desafíos generados con la implementación de la nueva Ley de Víctimas en Colombia, aprobada en el año 2011[40].

[40] Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

La Ley de Víctimas será un avance siempre y cuando se realice una adecuada divulgación de su contenido y su implementación se convierta en una participación activa y verdadera de las diferentes entidades del Estado, incluyendo la participación de las víctimas, de las organizaciones no gubernamentales y de las comunidades en general.

Mientras que el proceso avanza, el apoyo de la cooperación internacional seguirá siendo fundamental para seguir atendiendo los vacíos de atención de las víctimas y fortalecer la gestión y coordinación de la red de servicios.

III. Instrumentos de respuesta

Pese a los desafíos que se mantienen en la acción integral contra minas antipersonal del país y a la necesidad evidente, la cooperación internacional ha mostrado una disminución en la financiación de programas, especialmente para aquellos relacionados con la asistencia a víctimas.

El aumento alarmante en el número de víctimas por MAP y REG ha dado a lugar a las acciones de asistencia y de prevención, que junto con los actores humanitarios clásicos aparecen nuevos proyectos y actores que contribuyen al cumplimiento de los compromisos del Estado frente a la ratificación de la Convención sobre la Prohibición de Minas Antipersonal.

Los donantes juegan un papel importante en la complementariedad de las deficiencias en los servicios gubernamentales, desarrollando programas de fortalecimiento institucional para mejorar las competencias y las capacidades de la red local de servicios y brindando apoyo directo a las víctimas y sus familias sobre los vacíos de la ruta de atención.

A fin de mejorar la armonización de la estrategia de cooperación y de las prioridades del país, los donantes respaldan el desarrollo y la sostenibilidad del plan nacional de acción integral contra las minas antipersonal, enmarcada en un conjunto de acciones estratégicas y operativas que favorecen la respuesta gubernamental en armonía con los recursos nacionales y las fortalezas locales.

Para definir un mecanismo de financiamiento y una búsqueda de soluciones coordinadas, el Estado, con el apoyo de los organismos de las Naciones Unidas, la Cooperación internacional y la sociedad civil, ha generado espacios de articulación en la identificación de las necesidades y de los retos de la cooperación.

Pese a los desafíos que se mantienen en la acción integral contra minas antipersonal del país y a la necesidad evidente, la cooperación internacional ha mostrado una disminución en la financiación de programas, especialmente para aquellos relacionados con la asistencia a víctimas.

Esta situación ha generado una gran preocupación ante la capacidad de respuesta para responder y atender a las víctimas civiles y sus principales consecuencias. Este panorama

de cara a la atención a víctimas está relacionada con el aumento progresivo de los accidentes, especialmente en lo que va recorrido en el presente año.

IV. Capacidades de Handicap International Colombia

Handicap International (HI) es una organización de solidaridad internacional que se especializa en el campo de la discapacidad. Con carácter no gubernamental, no religioso, no político y sin ánimo de lucro, trabaja junto a las personas con discapacidad con el fin de brindar apoyo en el logro de su independencia.

Desde su creación (año 1982, Francia), la organización ha establecido programas en aproximadamente 60 países y ha intervenido en muchas emergencias. La red compuesta por ocho asociaciones nacionales (Bélgica, Canadá, Francia, Alemania, Luxemburgo, Suiza, Reino Unido, Estados Unidos) trabaja suministrando recursos humanos y financieros, dirigiendo proyectos y dando a conocer el trabajo de Handicap International y de sus campañas. Los campos de actividades son variados: rehabilitación física, inserción social de las personas con discapacidad, lucha contra las minas antipersonal, apoyo a asociaciones locales de personas con discapacidad y prevención de accidentes de tránsito. Actualmente Handicap International desarrolla 165 proyectos en 58 países.

Handicap International está presente en Colombia de manera permanente desde 1998 con tres programas de acción: i. Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), ii Apoyo a Asociaciones de personas con discapacidad (AAA) y iii. Acción contra Minas Antipersonal (ACM).

Su objetivo principal es el de promover el respeto de los derechos de las personas en situación de discapacidad, que pueden ser víctimas civiles del conflicto interno armado, a través de la aplicación de estrategias que permitan la inclusión en la sociedad.

Todo lo anterior, bajo los siguientes ejes estratégicos:

1. Contribuir/propiciar el goce de mejores condiciones de vida para las poblaciones vulnerables o en situación de discapacidad.
2. Facilitar la igualdad en el acceso a una oferta de servicios local de calidad para las personas en situación de discapacidad de acuerdo a los lineamientos nacionales.
3. Facilitar la participación ciudadana efectiva de las personas en situación de discapacidad en la vida política y pública.

En el tema de minas antipersonal, Handicap International inició sus acciones en el año 2005 con un proyecto de asistencia a víctimas civiles de accidentes de Minas Antipersonal (MAP) o Municiones sin Explotar (MUSE) en los departamentos de Antioquia y Bolívar.

Este proyecto implementó 4 componentes: a) rehabilitación, b) atención psicosocial, c) asignación de incentivos laborales generadores de ingresos y d) fortalecimiento institucional de los Comités Departamental de acción contra minas de Antioquia y Bolívar.

Tras esta experiencia, Handicap International ha construido y consolidado un programa de Acción Contra Minas que hasta la actualidad comprende dos pilares de acción: el fortalecimiento institucional y la asistencia a víctimas civiles de accidentes de MAP y MUSE.

Fortalecimiento institucional

El fortalecimiento institucional busca mejorar la capacidad de la oferta de servicios local en el manejo de la ruta de atención, de manera que contribuya a favorecer el goce efectivo de los derechos, la articulación institucional y la calidad de servicios en la atención a víctimas civiles. A través de la adecuación y dotación a instituciones educativas y de prestación de servicios en salud y rehabilitación, acompañamiento técnico para el fortalecimiento de los Comités de acción contra minas, acompañamiento en la integración de personas víctimas del conflicto en espacios públicos de coordinación y de representación comunitaria y el desarrollo de procesos de formación en ruta de atención.

Asistencia a las víctimas

Consiste en brindar apoyo en los vacíos de la ruta de atención y orientación a servicios de salud y ayuda humanitaria. Tales como: asistencia humanitaria, valoraciones interdisciplinarias, atención psicosocial adaptación de prótesis y de ayudas para la movilidad y alternativas de reintegración socio económica. Su propósito, es permitir a las víctimas y sus familias alcanzar su máxima independencia y reconstruir su proyecto de vida como sujetos de derechos.

A través de estos años en Colombia, Handicap International ha desarrollado su programa ACM gracias a la cooperación financiera de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE), UNICEF, La Unión Europea, el Ministerio de Asuntos Exteriores de Alemania, La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), El Ministerio de Asuntos Exteriores de Bélgica y la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) (los tres últimos donantes actualmente se encuentran vigentes).

V. Programa de Acción de Minas Antipersonal en Colombia

A pesar de las dificultades, Colombia cuenta con una estructura institucional que permite establecer responsabilidades en todos los niveles de atención y la posibilidad de gestionar y coordinar una acción de manera más efectiva y complementaria con la cooperación internacional y la sociedad civil involucrada.

"Acción Integral contra Minas Antipersonal (AICMA) es el conjunto de actividades que tienen por objeto reducir el impacto social, económico y ambiental de las Minas Antipersonal (MAP), de las Municiones sin Explotar (MUSE) y de los Artefactos Explosivos Improvisados (AEI).

AICMA comprende a personas y sociedades y la manera en que éstas se ven afectadas por la presencia y/o sospecha de existencia de Minas Antipersonal (MAP), Municiones sin

Explotar (MUSE) o Artefactos Explosivos Improvisados (AEI). Su objetivo es reducir el riesgo causado por las Minas Antipersonal (MAP), Municiones Abandonadas sin Explotar (MUSE) y Artefactos Explosivos Improvisados (AEI) hasta niveles que permitan a las comunidades vivir en condiciones de seguridad, disfrutando de un desarrollo económico, social y de salud exento de las limitaciones que impone la presencia y/o sospecha de existencia de estos artefactos, al tiempo que se avanza en el restablecimiento pleno de los derechos de las víctimas. La Acción Integral contra Minas Antipersonal (AICMA) en Colombia considera cinco componentes:

a) Educación en el Riesgo de Minas Antipersonal (ERM).

b) Desminado Humanitario (DH).

c) Asistencia Integral a Víctimas (AIV), incluyendo su rehabilitación y reintegración socioeconómica.

d) Destrucción de arsenales almacenados.

e) Cabildeo contra la utilización de Minas Antipersonal (MAP).

Para apoyar estos cinco componentes de la Acción Integral contra Minas Antipersonal (AICMA) se requiere de la ejecución de otras actividades coadyuvantes, dentro de las que se cuentan la evaluación y la planeación, la movilización de recursos y la fijación de sus prioridades, la gestión de la información, la cualificación profesional y la formación del personal, la administración de calidad y el empleo de un equipo eficaz, eficiente, adecuado y seguro, que garantice intervenciones eficaces y sostenibles"[41].

El objetivo de una buena coordinación de la Acción Integral contra Minas Antipersonal a nivel nacional y departamental es la de permitir una orientación y un desarrollo de programas integrales y sostenibles a largo plazo. A pesar de las dificultades, Colombia cuenta con una estructura institucional que permite establecer responsabilidades en todos los niveles de atención y la posibilidad de gestionar y coordinar una acción de manera más efectiva y complementaria con la cooperación internacional y la sociedad civil involucrada.

La finalidad de la acción integral contra minas es establecer las necesidades y prioridades de atención, la definición de las zonas priorizadas para la intervención y el establecimiento de los desafíos y retos de la acción. Para su desarrollo, se requiere de la participación activa de todas las partes involucradas a fin de garantizar mejores resultados y potencializar la capacidad de respuesta hacia todas las comunidades afectadas por este flagelo.

[41] Instructivo cuestionario de actores y proyectos:
http://www.accioncontraminas.gov.co/Documents/Instructivo_cuestionarios.pdf

VI. Conclusiones y recomendaciones

- **Desarrollar procesos de sensibilización y de difusión de los derechos de las víctimas en todos los niveles,** así como sus mecanismos, requisitos de acceso y la definición de los actores responsables encargados de gestionar y prestar servicios en la ruta de atención. Estos procesos deberán ser adaptados a las características y condiciones de la población en general, las víctimas, las instituciones y las organizaciones involucradas.
- **Impulsar la participación activa de las víctimas en la planificación, desarrollo y ejecución de programas de asistencia a víctimas.** Una verdadera participación se da a través del empoderamiento de las víctimas y el fortalecimiento de las asociaciones de la población civil para que logren incluir y visibilizar sus necesidades y prioridades en los programas y políticas a favor de las víctimas.
- Teniendo en cuenta la triple condición de vulnerabilidad de la gran mayoría de las víctimas, **se hace necesario vincular el programa de asistencia a víctimas a otros marcos de acción como son el desplazamiento forzado, derechos humanos y la discapacidad como un eje transversal de la atenció**n, lo cual permitirá establecer procesos de atención y políticas de desarrollo integral.
- **Movilizar mayores recursos y actores para la asistencia a víctimas,** que bajo un enfoque de derechos, no solo se atiendan las necesidades urgentes de alimento, transporte y salud, sino que permita una atención de mayor impacto a través de la gestión y el acceso efectivo de sus derechos contemplados en la ruta de atención legal a víctimas y otros marcos de acción complementarios.
- **Fomentar la sistematización de las experiencias** con el fin de compartir las lecciones aprendidas y documentar los procesos que promuevan la asistencia a víctimas, resaltando las experiencias exitosas donde la participación activa de las víctimas en el diseño y evaluación de los programas son una prioridad.

VII. Testimonios

Los accidentes por minas antipersonal en Colombia por lo general se producen en las zonas rurales donde las condiciones de acceso son difíciles (carreteras no pavimentadas y presencia de grupos armados) y el transporte público no es muy frecuente, lo que dificulta el traslado de las víctimas hacia el primer centro de atención.

"Se me hicieron días los que pasaron. Al final, ya no sentía nada, el dolor me tenía anestesiado, solo quería morir rápido. Pero cosas de Dios, después de más o menos 5 horas llegaron por mí y me llevaron a la clínica. De ahí no recuerdo mas…"

La mayoría de las víctimas son campesinos, lo cuales se dedicaban a labores propias del campo (arado y cultivo de la tierra, cría de animales, pesca, etc.). En la mayoría de los casos, a pesar de conocer el riesgo de exposición de campos minados, lo asumen como su única opción de generar ingresos para el sostenimiento económico de sus hogares. Después del accidente, las actividades debieron cambiar porque las secuelas físicas (amputaciones de miembros superiores o inferiores o ceguera) dejadas por el hecho no les permite seguir sus anteriores labores, ni soportar las duras jornadas para llevarlas a cabo.

"Por necio, por haber metido la pata por ahí. No le echo la culpa a nadie, la culpa es mía. Antes del accidente no tenía ni idea qué era una mina antipersonal, y como siempre me tocaba ir a trabajar por obligación tenía que pasar por ahí y ya no hay vuelta atrás".

Los hombres, mujeres, niños y niñas luego del accidente se tienen que enfrentar a una alteración en sus rutinas diarias, sus sueños y su futuro. La vivencia de la explosión implica un evento traumático, un dolor corporal inmenso y sumado a ello las secuelas producidas (a nivel emocional y de relación) por el evento que recordarán siempre el accidente.

"Siento Mucho resentimiento. Uno bueno, con las piernas, gestiona todo, si va a trabajar uno lo hace en lo que sea, si uno necesita salir corriendo es mucho más fácil…pero ahora es más difícil…

Muchas veces tuve que ir a pie hasta la personería para hacer las vueltas de la ayuda humanitaria, pero ellos me decían que mejor llamará después y que no fuera hasta acá, porque eso de la ayuda se demora mucho. Paso el tiempo y al fin nunca me llamaron.

Sin embargo yo insistía pero siempre me decían lo mismo. Luego de mucho tiempo pasé nuevamente a ver qué me decían y ellos me dijeron: usted por qué viene hasta ahora ya se le pasó el tiempo".

Con el impacto viene la amputación, la cual no es fácil asumir, dado que por lo general los centros especializados de rehabilitación se encuentran ubicados en las ciudades capitales lejos de sus hogares. Sumado a esto, las condiciones de pobreza no les permiten contar con los recursos económicos para solventar los gastos de trasporte, alojamiento y alimentación que generan el mantenerse durante aproximadamente seis meses, promedio que requieren las víctimas para su proceso de rehabilitación. Lo anterior genera que muchas víctimas luego de recibir su primera atención de urgencia y tras el diagnostico de su discapacidad decida retornar al campo sin llevar a cabo su proceso de rehabilitación; lo que dificulta aún más su reintegración a nuevas labores productivas.

"Cuando sucedió el accidente me atendieron de urgencia y luego que ya estaba bien salí de la clínica y al verme sin la pierna hice recolectas y rifas con amigos para conseguirme la prótesis. Nadie me dijo qué tenía que hacer. Luego Handicap International me revisó y me remitió al centro de atención para que

me cambiaran la prótesis, que de verdad estaba en muy mal estado. Con todo eso me siento mejor gracias a Dios"

Por su parte, a nivel familiar se deben asumir cambios drásticos en su cotidianidad, y cuando quien sufre el accidente es el proveedor económico, la familia debe reorganizarse y sus miembros buscar nuevas labores como fuentes de subsistencia.

… Yo me sentía muy mal antes, yo lloraba a diario, pues hubo un momento que llegó mi madre yo no quería que me viera con ese sufrimiento, y cuando llegó yo estaba positivo y le decía: tengo muchas ganas de trabajar, y si yo no lloro usted no tiene por qué llorar, eso se supera cuando tenga mi prótesis. Mi madre me vio con esa moral y se puso más contenta y me decía: "ah no mijo si es así estoy más tranquila". Y cuando se iba yo quedaba muy mal, me ponía a llorar y recordaba cuando yo tenía 13 años cuando me mataron a mi papá unos ladrones y nos tocó muy duro. Como yo era el mayor me hice cargo de mi familia…

… "Mi familia la veo mejor, siento que todo lo que he logrado no lo hago por mí sino por ellos. Trabajo en mi negocio para sacarlos adelante, por si algún día falto ellos tengan sus cosas y que no les falte nada.

Yo soy joven puedo estar discapacitado pero tengo que echar para adelante y no dejarme ganar la pelea"….

Para los niños es aun más grave el cambio en relación a su cuerpo, dado que afecta sus posibilidades de estudio en su lugar de origen, debido a las condiciones propias de su entorno, y altera el normal desarrollo de las actividades propias de su infancia, como el juego.

… "Me da pena salir a la calle sin la prótesis. Esto es lo mas importante para mi en este momento"...

Sumado a lo anterior, luego del accidente y tras adquirir una discapacidad, la mayoría de las personas prefieren encerrarse en su casa y no crear lazos de amistad, lo que hace que en los adultos se agoten las posibilidades de conseguir una pareja, dado que sienten miedo a ser rechazados.

... "Al principio mi mujer me tenía que bañar y eso me daba vaina (pena). Yo pensaba ahora soy un mocho (amputado) y la gente no me va a querer igual y me van a dejar solo. Pero ahora gracias a Dios con toda la ayuda recibida estoy mucho mejor y me siento más tranquilo con muchas ganas de salir adelante".

En cuanto a su reintegración laboral, a nivel del país, aún son muy débiles las acciones que se adelantan para lograr una reubicación laboral y ocupacional de los sobrevivientes. Los procesos de formación en actividades ocupacionales que se dan en la oferta de servicios, por lo general, no son acordes a las necesidades, intereses y capacidades de las víctimas. Finalmente, los procesos de seguimiento después de un proyecto productivo no han sido una prioridad de los donantes.

"…Otras veces me sentía presionado porque no puedo conseguir las mismas cosas que cuando tenía las piernas.

Pero ahora con ese arranque que me dio Handicap International, pude montar mi tienda y a partir de ahí he venido gestionando con Postobón (Empresa Colombiana que produce bebidas refrescantes) y me dieron un congelador, ahora pude ampliar mi negocio y me siento más seguro porque estoy asegurando el futuro de mis hijos".

"Mi vida ha cambiado demasiado, esto que me ha pasado también tiene su lado bueno, uno debe ser paciente. Lo importante es que ahora estoy con mi familia y tengo que seguir luchando por ellos. Aunque me faltan muchas cosas, estoy seguro que todo lo voy alcanzar y estaré mejor con la ayuda de Dios".

Wilson, Víctima de Mina Antipersonal quien sufre el accidente el 25 de Septiembre de 2003 en una Vereda del departamento de Antioquia, mientras se encontraba realizando labores agrícolas.

Este proyecto productivo le ha permitido a Wilson y a su familia cubrir las necesidades básicas del hogar y activarse laboralmente, 3 años después de haber ocurrido el accidente.



Foto tomada por Handicap International durante la Visita domiciliaria de seguimiento al incentivo laboral.

Capítulo 6.
Conclusiones y recomendaciones

Como hemos podido observar a lo largo de la presente Guía, los organismos especializados juegan un papel vital en la defensa y protección de los derechos humanos de las personas mayores y de las personas con discapacidad, así como en la concienciación sobre las preocupaciones y prioridades de ambos colectivos que, todavía a día de hoy, son considerados en ocasiones como meros "objetos" de caridad y compasión prácticamente "ocultos" en situaciones de emergencia y crisis humanitaria.

Si bien es cierto que se ha experimentado un incremento en la predisposición por parte de la comunidad internacional de incluir las cuestiones de envejecimiento y discapacidad en sus mecanismos de respuesta, muchos agentes humanitarios continúan teniendo la sensación de que no poseen los conocimientos ni las herramientas apropiadas para llevar este entusiasmo a la práctica.

Por este motivo, cabe enumerar una serie de recomendaciones que todos los gobiernos y la comunidad internacional, en especial las organizaciones humanitarias, deberían tener en cuenta con el fin de generar cambios institucionales y actitudinales para garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas de ambos colectivos así como su plena inclusión en la sociedad.

Recomendaciones generales

- Ser vistas, comprendidas y escuchadas.
- Que sus aportaciones y contribuciones realizadas sean valoradas, apoyadas y reconocidas.
- Tener acceso equitativo a los servicios básicos.

Recomendaciones específicas

- **Sensibilizar y concienciar a los formuladores de políticas, socios humanitarios (tales como miembros y líderes de los Grupos Sectoriales -clusters), autoridades locales, prestadores de servicios y otros donantes sobre los aspectos siguientes:**

– El crecimiento numérico global de las personas de edad avanzada y de las personas con discapacidad a nivel mundial, así como el impacto que provoca sobre las poblaciones en estado de emergencia o afectadas por desastres.

– Las responsabilidades de las personas mayores y de las personas con discapacidad, así como su base de conocimiento. Éstas deben ser reconocidas e integradas desde el principio en el diseño de las respuestas por parte de las agencias.

– La inclusión social de las personas mayores y personas con discapacidad como colectivos portadores de capacidades en todas las etapas de un proyecto, tanto en los aspectos de los procesos de RRD, como en los preparativos para casos de emergencia, socorro y recuperación.

– La integración de los marcos de acción de desplazamiento forzado, derechos humanos y envejecimiento y discapacidad como un eje transversal de la atención.

– La promoción del fortalecimiento institucional, mediante una serie de actividades relacionadas como las siguientes: adecuación de instituciones encargadas de prestar servicios en salud y rehabilitación, organización de talleres de educación inclusiva, acompañamiento técnico para el fortalecimiento de comités de personas mayores y personas con discapacidad, integración de ambos colectivos en espacios públicos de coordinación y de representación comunitario, entre otros.

– La necesidad de incrementar la financiación humanitaria dedicada a personas mayores y personas con discapacidad.

– La movilización de más recursos y actores para atender de forma complementaria a estos dos colectivos (prevención, protección y atención).

– La implicación de las organizaciones locales de personas mayores y personas con discapacidad en las fases de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de todo proyecto con el fin de garantizar que ambos colectivos y sus familias no queden excluidas.

- **Los sistemas de preparación para casos de emergencia, respuesta y recuperación en los ámbitos internacional, nacional y municipal deben tratar la cuestión intersectorial de los factores de envejecimiento y discapacidad, mediante:**

– La incorporación de un modelo específicamente enfocado a las necesidades y recursos que tiene una población envejecida y/o con discapacidad, en actividades de capacitación dirigidas a gestores y coordinadores de actuaciones humanitarias.

– La integración de dichos modelos en las directrices y en los recursos técnicos puestos a disposición del conjunto de entidades que responden a emergencias y prestan ayuda humanitaria.

– El compromiso a adoptar actitudes, políticas y programas que siempre protejan y apoyen los derechos y las contribuciones de ambos colectivos.

– La adopción de un modelo social inclusivo de envejecimiento y discapacidad para tener un marco en el que trabajar conjuntamente con organizaciones especializadas.

- **Implantar procesos más efectivos para recopilar datos, asegurando que el registro, las evaluaciones de las necesidades y las cifras de morbilidad y mortalidad se recopilen y se desglosen a fin de contribuir a una mejor comprensión de las necesidades de las personas de edad y de las personas con discapacidad y darles una respuesta más apropiada.**

– Creación de mapas para identificar a las personas mayores y a las personas con discapacidad y realizar una mayor recogida de datos de ambos colectivos de forma que se fomente su integración en las políticas y programas de AH.

– La necesidad de encontrar respuestas coordinadas para mejorar el acceso humanitario de manera oportuna, eficiente y efectiva, así como asegurar que los desafíos y las necesidades de atención de los dos colectivos sean incluidos en los programas de la acción humanitaria.

– Una planificación integrada para la respuesta de emergencias. Realizar un trabajo de apoyo en el terreno, especialmente a nivel gubernamental, para avanzar en estas cuestiones y, por supuesto, partir de la familia (centro principal de los niños) para las respuestas, que han de ser multisectoriales.

- **Durante el diseño y la implementación de las intervenciones en casos de emergencia y crisis humanitaria y de los programas de recuperación se deberá prestar atención especial a:**

– El fortalecimiento y acompañamiento de la organización comunitaria, orientada al acceso a derechos y haciendo especial hincapié en el enfoque diferencial.

– La participación activa de las personas de edad y de las personas con discapacidad en la toma de decisiones y en la planificación, desarrollo e implementación de los programas.

– La inclusión de las necesidades de ambos colectivos en el diseño de programas de salud y nutrición (acceso a servicios, tratamiento de enfermedades crónicas, raciones de alimentos específicos, etcétera).

- La capacitación y apoyo a las personas mayores y a las personas con discapacidad utilizando un enfoque basado en derechos, lo que contribuiría a obtener mejores evaluaciones de necesidades y facilitará las primeras etapas de planificación.
- El fomento de la sistematización de las experiencias con el objetivo de compartir lecciones aprendidas y documentar los procesos que promuevan la asistencia a dichos colectivos.
- El reconocimiento y la promoción de las contribuciones que las personas mayores y las personas con discapacidad hacen, en vez de considerarlas como objetos pasivos de ayuda.

Bibliografía

- ACNUR. (2001)." Women, children and older refugees – the sex and age distribution of refugee populations with a special emphasis on UNHCR policy priorities".
- ACNUR (2005). "Enfoque diferencial étnico de la oficina del ACNUR en Colombia. Estrategia de transversalización y protección de la diversidad". [En línea]. Disponible en: http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4554.pdf?view=1 [Accesado el día 13 de marzo de 2012].
- Agencia de Salud Pública de Canadá. (2008). "Building a global framework to address the needs and contributions of older people in emergencies". Ministerio de Obras Públicas y Servicios Gubernamentales de Canadá.
- Aguado Díaz, A. (1995). ***Historia de las deficiencias***. Escuela Libre Editorial. Colección Tesis y Praxis, Madrid.
- Anderson, M. B. y P. J. Woodrow (1989). ***Rising from the Ashes. Development Strategies in Times of Disaster,*** Westview Press-UNESCO, Boulder (Colorado)-París. Reeditado en 1998 por Intermediate Technology Publications, Londres.
- AUPA (2005). ***Ayudas técnicas y discapacidad***. [En línea]. No 15. Abril 2005. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cermi-ayudas-01.pdf [Accesado el día 10 de marzo de 2012].
- Benson, C. y Twigg J. (2007). "Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Guidance Notes for Development Organisations", Provention Consortium, p. 41. Disponible en: http://www.preentionweb.net/files/1066_toolsformainstreamingDRRsp2.pdf [Accesado el día 17 de abril de 2012].
- Blaikie, Piers, et al (1994). ***At Risk. Natural hazards, people's vulnerability and disasters.*** Routledge, England (re-editado en 2003, Wisner, Ben et al.).
- Bramucci, G. (2006). "Rebuilding lives in longer-term emergencies: Older people's experience in Darfur"**.** Londres. HelpAge International. Disponible en: http://www.helpage.org/Emergencies/News/@39290 [Accesado el día 11 de mayo de 2012].
- Catherine D. Seelman, Ph.D., Universidad de Pittsburgh. "Tendencias en la Rehabilitación y en la Discapacidad: Transición desde un Modelo Médico a un Modelo de Integración" en ***Disability World.*** No. 22 Enero-Marzo 2004. Disponible en: http://www.disabilityworld.org/01-03_04/spanish/acceso/rehabtrends1.shtml [Accesado el día 13 de marzo de 2012].

– Couldrey, M. y M. Herson (Eds).(2010). "Discapacidad y Desplazamiento" en *Revista Migraciones Forzadas*. [En línea]. Núm. 35, septiembre 2010, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados e Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz. Disponible en: http://www.migracionesforzadas.org/discapacidad/RMF35.pdf [Accesado el día 2 de marzo de 2012].

– Cruz Roja (n.d.) "Tipo y grados de discapacidad" [En línea]. Disponible en: http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=418,12430241&_dad=portal30&_schema =PORTAL30 [Accesado el día 3 de marzo de 2012].

– Day, W., Pirie, A. y Roys, C. (2007). "Strong and fragile: learning from older people in emergencies". Londres. HelpAge International. Disponible en: http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/Age/IASC%20full%20length%20report%20Feb%202008.pdf [Accesado el día 11 de mayo de 2012].

– EIRD (2004). *Vivir con el riesgo. Informe mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres.* pp. 278.

– EIRD (2009). "Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres". Disponible en: http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf [Accesado el día 28 de abril de 2012].

– El Proyecto Esfera (2011). "Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria". [En línea]. Disponible en: http://www.sphereproject.org/content/view/720/200/lang,spanishf/ [Accesado el día 7 de marzo de 2012].

– FISCR (2007). " Discapacidad y desastres: hacia un enfoque inclusivo" en Informe Mundial sobre Desastres. [en línea]. 2007. Disponible en: http://preparativosyrespuesta.cridlac.org/XML/txt/doc90791/doc90791-contenido.pdf [Accesado el día 12 de marzo de 2012].

– Grandmother Project. Sitio: www.grandmotherproject.org

– Gutiérrez, E. (2007). "Aplicación de la terminología propuesta por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud". [En línea]. Fundación SIDAR. Disponible en: http://www.sidar.org/recur/desdi/pau/cif.php. [Accesado el día 8 de marzo de 2012].

– Handicap International (n.d.) "Disability Checklist for Emergency Response". Francia. Handicap International. Disponible en: http://www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf [Accesado el día 1 de mayo de 2012]

- HelpAge India, HelpAge Sri Lanka, ResAge en Indonesia.(2005). "The impact of the Indian Ocean tsunami on older people – issues and recommendations". Londres. HelpAge International. Disponible en:
  http://www.helpage.org/Emergencies/IndianOceantsunami/News/@23298 [Accesado el día 19 de mayo de 2012].
- HelpAge International. (1999). "Older people in disasters and humanitarian crises: best practice guidelines". Londres. HelpAge International.
- HelpAge International. (2006). "Horizontes" [En línea]. Núm. 66, enero 2006. Disponible en: www.helpage.org/download/4d071111ce80c/ [Accesado el día 11 de mayo de 2012].
- HelpAge International. (2007). "Older people's associations in community disaster risk reduction" [en línea]. Disponible en: http://www.helpage.org/Resources/Manuals [Accesado el día 11 de mayo de 2012].
- HelpAge International. (2010). "A study of humanitarian financing for older people". [En línea]. Disponible en: www.helpage.org/download/4cd984edb1147/ [Accesado el día 21 de mayo de 2012].
- HelpAge International y Handicap International. (2012). "A study of humanitarian financing for older people and people with disabilities, 2010 – 2011". [En línea]. Disponible en:
  http://www.helpage.es/noticias/estudio-la-ayuda-humanitaria-no-tiene-en-cuenta-a-mayores-y-discapacitados-/ [Accesado el día 30 de mayo de 2012].
- IASC (2008). "Las intervenciones humanitarias y las personas mayores. Orientación básica para actores humanitarios". [En línea]. Disponible en: www.helpage.org/download/4fa3e01005cd0/ [Accesado el día 11 de mayo de 2012].
- IASC (2011). *Directrices operacionales del IASC sobre la protección de las personas en situaciones de desastres naturales.* Proyecto de Brookings. Mayo 2011. [En línea]. Disponible en: www.acnur.es/PDF/8207_20120417120619.pdf [Accesado el día 11 de mayo de 2012].
- Mazuran, D., Benelli, D., Gupta, H. y Walker, P. (2011). "Sex & Age Matter". Feinstein International Center. [En línea]. Disponible en: www.sites.tufts.edu/feinstein/2011/sex-and-age-matter [Accesado el día 18 de mayo de 2012].
- Minsa (2011). "Evolución del concepto de Discapacidad de acuerdo a la Clasificación establecida por la OMS".[En línea]. Disponible en:
  http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=startdown&id=7084 [Accesado el día 3 de marzo de 2012].

– OACDH (2006). “Preguntas frecuentes sobre el Enfoque de Derechos Humanos en la Cooperación para el Desarrollo”. [En línea]. 2006, Nueva York y Ginebra. Naciones Unidas. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf [Accesado el día 14 de marzo de 2012].

– Ocharán J. (2008). *Guía práctica de reducción del riesgo de desastres para organizaciones humanitarias y de desarrollo.* Programa de Cooperación Internacional. Obra Social. Fundación La Caixa. [En línea]. Disponible en: http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/fa42e7722e667210VgnVCM200000128cf10aRCRD/es/Guia_reduccio_risc_es.pdf [Accesado el día 23 de abril de 2012].

– OMPD (2006). “Guía de herramientas para la Implementación. Derechos sobre Discapacidad = Derechos Humanos”. [En línea]. Disponible en: http://www.icrpd.net/implementation/sp/toolkit/section4.htm [Accesado el día 15 de marzo de 2012].

– OMS (2011). “Informe Mundial sobre la Discapacidad”. [En línea]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf [Accesado el día 10 de marzo de 2012].

– OMS. (2008). “Older persons in emergencies: considerations for action and policy development”. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

– OMS. (2008). “Women, ageing and health: a framework for action” [en línea]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_HPR_AHE_HPD_96.1_2nd_ed.pdf [Accesado el día 11 de mayo de 2012].

– ONU (1991). “Principles for Older Persons”. [En línea]. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/olderpersons.pdf [Accesado el día 11 de mayo de 2012].

– ONU. (2002). “Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento” [en línea]. Disponible en: http://www.paho.org/hr-ecourse-s/assets/_pdf/Module3/Lesson1/M3_L1_9.pdf [Accesado el día 11 de mayo de 2012].

– ONU (2006). “¿Por qué una Convención?” en *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* [En línea]. Disponible en: http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html [Accesado el día 12 de marzo de 2012].

– ONU (2007). “De la exclusión a la igualdad. Hacia el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad” en *Manual para Parlamentarios. Discapacidad.* [En línea]. Núm. 14, 2007. Disponible en: http://www.un.org/spanish/disabilities/documents/toolaction/handbookspanish.pdf [Accesado el día 13 de marzo de 2012].

– ONU (2011). “Las Naciones Unidas y las personas con discapacidad – Los primeros cincuenta años” en *La ONU y las Personas con Discapacidad* [En línea]. Disponible en: http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y01.htm [Accesado el día 5 de marzo de 2012].

– Phillips et al. (2010). “La Convención sobre el papel y en la práctica” en *Revista Migraciones Forzadas*. [En línea]. Núm. 35, septiembre 2010, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados e Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz. Disponible en: http://www.migracionesforzadas.org/discapacidad/RMF35.pdf [Accesado el día 2 de marzo de 2012].

– Programa de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ [Accesado el día 11 de mayo de 2012].

– Rey, F. (2011). “El enfoque basado en Derechos Humanos en la Acción Humanitaria. Reto de futuro” en *Exigibilidad y realización de Dererechos Sociales. Impacto en la Política Pública* [En línea] Volumen IV, junio 2011 2008, pp. 139-157. Disponible en: http://www.pnr.gob.gt/inicio/biblioteca/copredeh/pdfs/exigibilidad-derechos_sociales.pdf [Accesado el día 11 de marzo de 2012].

– Scheneiderbauer, S. y Ehrlich, D. (2006). “Social levels and hazards (in)dependence in determining vulnerability”, en K. Birkmann (ed.), Measuring Vulnerability to Natural Hazards, United Nation University Press, Nueva Yor, pp. 78 – 112.

– Scherrer, V. (2007). “Disability in emergency: accesing general assistance and addressing specific needs” en *VOICE out loud* [En línea]. Nº 5. Mayo 2007. Bruselas (Bélgica). Disponible en: http://www.ngovoice.org/documents/VOICE%20out%20loud%205_final.pdf [Accesado el día 10 de mayo de 2012].

– Sphere Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. (2011). Disponible en: http://www.sphereproject.org [Accesado el día 11 de mayo de 2012].

– Toboso, M. y M. Arnau, (2008). “La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen” en *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades* [En línea] Año 10, número 20. Segundo semestre de 2008, pp. 1-20. Disponible en: https://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin%20ECOS/ECOS%20CDV/Boletin_8/Discapacidad_Amartya.pdf [Accesado el día 5 de marzo de 2012].

– UNHCR y HelpAge International. “Personas mayors en desastres y crisis humanitarias: líneas directrices para la mayor práctica”. [En línea]. Disponible en: www.helpage.org/download/4c4c94fde18c7/ [Accesado el día 11 de mayo de 2012].

– UNHCR, (2011). “Working with persons with disabilities in forced displacement” en *People with Disabilities.* [En línea]. Ginebra. Disponible en: http://www.unhcr.org/pages/4a0c310c6.html [Accesado el día 15 de marzo de 2012].

– Wells, J. (2005). “Protecting and assisting older people in emergencies”. Humanitarian Practice Network, Paper 53. Londres. Overseas Development Institute.

– Wilches-Chaux, Gustavo (1988). Desastres, ecologismo y formación profesional. SENA, Colombia. (reditado en Maskrey, A. (1993). Los desastres no son naturales. LA RED, Tercer Mundo, Colombia.

Anexos

1. Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

El documento pdf lo puede encontrar en el siguiente enlace:
http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

El documento en versión online lo puede encontrar en el siguiente enlace:
http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=13&pid=497

Artículos seleccionados:

Artículo 5

Igualdad y no discriminación

1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.
2. Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.
3. A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.
4. No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

Artículo 10

Derecho a la vida

Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 11

Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias

Los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

Artículo 32

Cooperación Internacional

1. Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de los esfuerzos nacionales para hacer efectivos el propósito y los objetivos de la presente Convención, y tomarán las medidas pertinentes y efectivas a este respecto, entre los Estados y, cuando corresponda, en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de personas con discapacidad. Entre esas medidas cabría incluir:

    a) Velar por que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad;

    b) Facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de formación y prácticas recomendadas;

    c) Facilitar la cooperación en la investigación y el acceso a conocimientos científicos y técnicos;

    d) Proporcionar, según corresponda, asistencia apropiada, técnica y económica, incluso facilitando el acceso a tecnologías accesibles y de asistencia y compartiendo esas tecnologías, y mediante su transferencia.

Las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de las obligaciones que incumban a cada Estado Parte en virtud de la presente Convención.

2. El Proyecto Esfera (Edición del Manual 2011). Extracto sobre Personas con Discapacidad

Personas con discapacidad: según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 7% y el 10% de la población mundial –incluidos niños y personas de edad– viven con alguna discapacidad. Los desastres y los conflictos armados pueden incrementar la incidencia de las deficiencias y las consiguientes discapacidades. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define la discapacidad como un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias (que pueden ser físicas, sensoriales, intelectuales o psicosociales) y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Es, por consiguiente, la presencia de esas barreras la que impide a las personas con discapacidad participar plena y efectivamente en los programas tradicionales de asistencia humanitaria o beneficiarse de ellos. La nueva Convención hace específicamente referencia a la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de conflicto armado y emergencia (artículo 11).

Las personas con discapacidad hacen frente a riesgos desproporcionados en las situaciones de desastre y a menudo están excluidas de los procesos de socorro y rehabilitación. Esta exclusión hace que les sea más difícil utilizar efectivamente los servicios corrientes de apoyo en caso de desastre y participar en ellos. Hay que destacar que las personas con discapacidad constituyen un grupo diverso que incluye niños y personas mayores. No es posible atender a sus necesidades con un enfoque uniforme. Por ello, las respuestas humanitarias deben tomar en consideración las habilidades, destrezas, recursos y conocimientos de individuos con distintos tipos y grados de deficiencias. También es importante recordar que las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades básicas que cualquier otro miembro de su comunidad. Además, algunas pueden tener necesidades específicas, tales como el reemplazo de medios de ayuda o soportes y acceso a servicios de rehabilitación. Además, ninguna medida en beneficio de personas con discapacidad debe conducir a que sean separadas de sus familias y de sus redes comunitarias. Por último, si en las respuestas humanitarias no se tienen en cuenta los derechos de las personas con discapacidad, se pierde una gran oportunidad de reconstruir comunidades para todos. Es esencial, por lo tanto, incluir a las personas con discapacidad en todos los aspectos del socorro y la recuperación. Para ello se requieren tanto medidas de alcance general como medidas específicas.

3. Cronología de la CDPD

Fuente: ONU, 2007

El camino hacia una nueva Convención
▪ **Diciembre de 2001** Propuesta del Gobierno de México en la Asamblea General para establecer un comité especial que examine las propuestas relativas a una convención internacional, amplia e integral, que fomente y proteja los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad.
▪ **Agosto de 2022** Primer período de sesiones del Comité Especial, durante el cual se debatieron las posibles razones en pro de una posible nueva convención y de nuevos procedimientos para la participación de la sociedad civil.
▪ **25 de agosto de 2006** Octavo período de sesiones del Comité Especial, durante el cual se concluyeron las negociaciones sobre el proyecto de convención y de un protocolo facultativo por separado, y se aprueban los textos, con carácter provisional, supeditados a un examen técnico.
▪ **13 de diciembre de 2006** La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba por consenso la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.
▪ **30 de marzo de 2007** La Convención y el Protocolo Facultativo se abren a la firma en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York.

4. Ratificaciones de la CDPD y estado actual a 2012[41]

Fuente: ONU

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
112 ratificaciones **153 signatarios**	**64 ratificaciones** **90 signatarios**
Últimos países que han ratificado la CDPD de 2012 ▪ Mauritania ratificó la Convención el 3 de abril de 2012 ▪ Mauritania se ha adherido al Protocolo Facultativo el 3 de abril de 2012 ▪ Bulgaria ratificó la Convención el 22 de marzo de 2012 ▪ Mozambique ratificó la Convención el 30 de enero de 2012 **En el caso de España:** ▪ Firmada la CDPD: 30 de abril de 2007 ▪ Firmado el Protocolo: 30 de abril de 2007 ▪ Ratificada la CDPD: 3 de diciembre de 2007 ▪ Ratificado el Protocolo: 3 de diciembre de 2007	

[41] Para ver todos los países que han firmado y ratificado la CDPD, con sus correspondientes fechas, véase el siguiente enlace: http://www.un.org/spanish/disabilities/countries.asp?id=578

5. Directrices operaciones sobre la protección de las personas con discapacidad en situaciones de emergencia[43]

1. No discriminación
2. Participación y consulta
3. Actividades de protección que deben priorizarse de acuerdo a la evaluación de necesidades
4. Protección de la vida, integridad física y salud de las personas expuestas a riesgos inminentes
5. Atención especial durante la evacuación
6. Atención especial a la protección contra la violencia, incluyendo en los campamentos y centros colectivos durante y después de la emergencia
7. Seguridad y protección en los campamentos y centros colectivos
8. Acceso a los bienes y servicios humanitarios, y provisión adecuada de los mismos
9. Acceso sin impedimentos a alimentos para las personas con necesidades específicas
10. Accesibilidad a las instalaciones de aseo
11. Refugio adecuado que atienda las necesidades específicas
12. Atención de salud específica
13. Atención especial al acceso de los niños con discapacidad a la educación
14. Consultar y participación en la planificación e implementación de los programas de refugios y vivienda
15. Acceso a medios de vida y capacitación profesional
16. Opinión sobre la respuesta para casos de desastre

[43] Para acceder al informe completo, véase el siguiente enlace: http://www.acnur.es/PDF/8207_20120417120619.pdf